Lane Medical Library

Ueber

Hydrocele muliebris.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doctorwürde

vorgelegt der

hohen medicinischen Facultät

der

Universität Zürich

von

J. FÉLIX ETIENNE,

médecin-chirurgien,

in Neuchâtel.

Genehmigt auf Antrag von Herrn Professor Dr. Krönlein.

ZÜRICH

Druck von F. Lohbauer, Rämistrasse 12.

April 1892.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/ueberhydrocelemu0000jfel

I. Einleitung.

Die **Hydrocele** ist bekanntlich beim Manne eine sehr häufige Erscheinung, dagegen hat man ziemlich selten Gelegenheit, dieselbe bei Frauen zu beobachten, so dass selbst vielbeschäftigte Gynæcologen noch keinen solchen Fall gesehen haben wollen. Dennoch ist es wahrscheinlich, dass ihr Vorkommen bei Frauen nicht so selten sei; sie mag aber desshalb seltener zur Beobachtung des Arztes gelangen, weil sie, wie wir es sehen werden, bei der Frau weniger Beschwerden wie beim Manne zu verursachen pflegt.

Hennig hat bis zum Jahre 1884 nur 41 Fälle in der Litteratur nachweisen können; aber die Zahl der Veröffentlichungen ist in den letzten Jahren eine verhältnissmässig viel grössere geworden, so dass **Wechselmann** 1890 schon 60 Fälle sammeln konnte. Wir sind jetzt im Stande, dazu noch 13 Beobachtungen hinzuzufügen, darunter 6 bisher nicht publicirte, aus der Klinik von **Prof. Krönlein.** Ein siebenter Fall aus der gleichen Klinik wurde vor einiger Zeit schon von **Dr. Conr. Brunner** in seinen „Herniologischen Beobachtungen" publicirt (siehe Fall Nr. 67).

In der vorliegenden Arbeit werden wir das, was bis jetzt über die Hydrocele muliebris bekannt ist, zusammenzufassen versuchen, insbesondere die verschiedenen Ansichten über ihre Entstehung mittheilen, sodann aus der Analyse der gesammelten Fälle das clinische Bild zusammensetzen und dabei unsere Aufmerksamkeit ganz besonders auch der Differentialdiagnose zwischen Hydrocele und Hernie beim Weibe zuwenden. Bei der Besprechung der Therapie werden wir uns bemühen, uns so kurz als möglich zu fassen.

Die Kenntniss der Hydrocele muliebris ist eine sehr alte, denn schon **Aetius** (550 n. J. C.) beschreibt in seinen Werken [1]) die „hernia aquosa mulierum", eine Cyste, welche auf Obliteration des Proc. vaginalis peritonei bezogen werden kann. — Sehr

[1]) Contractæ ex veteribus medicinæ tetrabiblos. Sermo IV. Cap. C.

viel später, 1572, finden wir bei **Ambroise Paré** (siehe Fall Nr. 4) einen zwar mangelhaft beschriebenen, aber analogen Fall erwähnt. — **Felix Plater** [1]) (s. Fall 5), vergleicht den „tumor aquosus inguinis in mulieribus“ mit der Hydrocele des Samenstranges.

Dann kommen Beobachtungen von **Desault** (s. Fall 6) und **Lallement** (s. Fall 7). Es sind aber besonders italienische Aerzte, welche auf das Vorkommen der Hydrocele beim Weibe aufmerksam gemacht haben: **Bertrandi** (1786) (s. Fälle 2 und 3), **Monteggia, Scarpa, Palletta** (s. Fälle 12 und 13) **Cairoli** (s. Fall 8), **Sacchi** (s. Fall 10). Sie schrieben darüber interessante Arbeiten, waren aber über den Sitz und die Entstehungsart dieser Erkrankung nicht ganz einig.

Regnoli [2]) gab eine neue und interessante Eintheilung der Varietäten dieser Affection; er besprach ihre Symptone, Sitz und Diagnose viel genauer. Weiter wird ihre Kenntniss vorzüglich durch die Arbeiten von **Bends** [3]), **Aubenas** [4]), **Polandt, Flemming** und ganz besonders **Klob** [5]) gefördert und begründet.

1879 befasste sich **Chiari** [6]) mit dem Studium der Entzündung der Hydrocele beim Weibe; **Niemann** [7]) untersuchte die anatomischen Verhältnisse dieser Erkrankung genauer, nachdem **Zuckerkandl** [8]) sich mit der Studie des Diverticulum Nuckii schon befasst hatte. — Weitere Forschungen darüber verdanken wir **Sachs** [9]). — Dann folgen die Arbeiten von **F. Bramann** [10]),

---

[1]) Opus praxeos medicæ 1656.

[2]) Arch. génér. de méd. T. V 1834.

[3]) Schmidt's Jahrb. 1853 Bd. 80, S. 319.

[4]) Des tumeurs de la vulve, Strassburg 1860.

[5]) Pathol. Anat. der weibl Sexualorg. p. 385. 1864.

[6]) Wiener med. Bl. 20 und 23.

[7]) Inaug.-Dissert. Göttingen 1882.

[8]) Ueber den Scheidenfortsatz des Bauchfelles und dessen Beziehung zur äusseren Leistenhernie. v. Langenbeck's Archiv, Bd. 20.

[9]) Untersuchungen über den Proc. vagin. perit. Langenbeck's Arch. Bd. 35. S. 350.

[10]) Der Proc. vaginalis und sein Verhalten bei Störungen des Descensus testic. v. Langenbeck's Archiv. Bd. 40, S. 137.

Hennig [1]) und **Wechselmann** [2]). Die beiden letzteren brachten die Casuistik, wie oben bemerkt, bis auf 60 Fälle, welche sie in der Litteratur beschrieben fanden.

II. Allgemeines.

Unter dem Begriffe **Hydrocele im Allgemeinen** versteht man eine Ansammlung seröser Flüssigkeit in einem Sacke, dessen Wand durch ein normales oder anormales (pathologisches) Diverticulum des Peritoneums gebildet wird.

Als **Hydrocele muliebris** wird eine solche Ansammlung seröser Flüssigkeit bezeichnet, welche sich im Processus vaginalis peritonei, im sogenannten Diverticulum Nuckii, oder auch, wie es von einigen Autoren (**Klob**) angenommen wird, im Ligamentum uteri rotund. selbst gebildet hat.

Die Geschwulst stellt einen cystischen, meist oblongen, bis eigrossen, weichen, oft transparenten Tumor dar, welcher mit einem serösen, eiweissreichen, der männlichen Hydrocelenflüssigkeit ähnlichen Inhalte gefüllt ist, in der Inguinalgegend austritt und meistens bis in die grossen Labien sich erstreckt.

Klob [3]) betrachtet die Hydrocele muliebris als einen „fœtalen Bildungsexcess“ und er hat bis jetzt die haltbarste und am meisten verständliche Entstehungsart dieser Geschwulst gegeben. Er nimmt zwei Möglichkeiten für die Entstehung der sogenannten Hydrocele cystica an: Indem er auf eine Annahme C. H. Weber's zurückkommt, nach welcher das Gubernaculum Hunteri, das spätere Lig. ut. rotund., ursprünglich ein hohler von Muskelfasern umgebener Beutel ist, sagt er (S. 385): „.... es könnte somit in der mangelhaften Involution desselben eine Cyste am runden Mutterband begründet sein. Die andere Entstehungsursache der hierhergehörigen Cysten besteht jedoch in einer bedeutenderen, jener der männlichen Bildung analogen Entwicklung des Processus vagin. peritonei, welcher auch einer normalen Involution gar nicht oder nur partiell, und zwar am Eingange in

[1]) Archiv für Gynæcologie 1884.

[2]) v. Langenbeck's Archiv. Bd. 40.

[3]) Pathol. Anat. der weibl. Sexualorg. 1864. S. 384.

den inneren Leistenring folgt, wodurch ein vom ursprünglichen Peritoneum umschlossener Hohlraum im Leistencanal oder am Eingange desselben persistirt.

Man findet eben am Verlaufe des Lig. rot. und zwar meistens am inneren Leistenringe dünnwandige, seröse, am häufigsten bohnen- bis haselnussgrosse, mit gelblichem Serum erfüllte Cysten, und das Verhalten des Lig. ut. rot. zu denselben ist, wie ich mich zu überzeugen Gelegenheit hatte, ein verschiedenes. Entweder bemerkt man das letztere in der Wand der Cyste derart verlaufend, dass es als weisslicher, blassröthlicher Strang meistens an der hinteren oder inneren Wand der Cyste durchschimmert, oder aber die Cyste ist derart in dem Verlaufe des Lig. rot. eingeschaltet, dass dasselbe von der Cyste selbst wie unterbrochen erscheint. Es könnte diese zweite Form des Verhaltens zum Lig. rot. mit Weber's erwähnter Behauptung in Zusammenhang gebracht werden".

Es sollten sich also bei der Entstehung der Hydrocele muliebris besonders zwei Gebilde betheiligen; das **Lig. ut. rotundum** und der **Proc. vaginalis periton.** Was die Betheiligung des Lig. ut. rot. anbetrifft, so sind die verschiedenen Autoren, die sich mit der Sache befasst haben, nicht einig, dagegen bestehen betreffend der Betheiligung des Proc. vagin. fast keine Meinungsverschiedenheiten. Wohl haben **Hensing, Alb. v. Haller, Velpeau** und **Aubenas** das Vorkommen des Diverticulum Nuckii bestritten und so die Möglichkeit der Existenz der echten Hydrocele muliebris geleugnet, weiter haben **Duplay** [1]) und **Rabère** [2]) diese Ansicht auch festgehalten, aber die Arbeiten von **Engel** und **Zuckerkandl** (siehe oben) haben die Existenz eines Proc. vagin. perit. beim Weibe in bestimmter Weise erwiesen. Da die Art der Betheiligung des Lig. ut. rot. und des Proc. vag. perit. an der Entstehung der Hydrocele muliebris aus der Entwicklungsgeschichte dieser Gebilde sich ergibt, so sei es uns gestattet, so weit es für das Verständniss

---

[1]) Contribution à l'étude des tumeurs du ligament roud. Arch. gén. de méd. 1882.

[2]) Pathogénie des kystes séreux, dits hydrocèles chez la femme. Thèse de Paris. 1883.

nothwendig ist, zunächst die anatomischen und entwicklungsgeschichtlichen Verhältnisse dieser beiden Gebilde, sowie des Leistencanals beim Weibe, kurz zu erörtern.

III. Entwicklungsgeschichtliches.

1. Leistencanal.

Die Bildung des **Leistencanals** wurde früher im Allgemeinen aus dem Descensus testic. erklärt: man glaubte, der Hoden stülpe nach einander die Fascia transversa, die Fasern des Musc. obl. int. und die Aponeurose des Obl. ext. vor sich her. Die Unrichtigkeit dieser Erklärung wurde leicht erkannt, und zwar durch den Nachweis, dass die Bildung des Canalis inguinalis beim weiblichen Geschlecht auf diesem Wege nicht zu erklären wäre; weiter haben Beobachtungen an Embryonen gezeigt, dass eine Oeffnung in den Bauchdecken am Orte des can. inguin. schon viel früher existirt, bevor der Descensus test. sich abspielt.

Die Bildung dieses Canals beim Weibe scheint mit Vorgängen am Ligamentum rotund. zusammen zu hängen, welche denjenigen analog sind, wie sie am Gubernaculum Hunteri beim Manne vorkommen. Doch ist dieser Process leider so gut wie gar nicht bekannt.

Der Leistencanal ist auch beim Weibe mit einem inneren und einem äusseren Ringe begrenzt; er hat die gleiche Form und Zusammensetzung wie beim Manne, verläuft aber viel schräger und ist enger und länger. In denselben tritt das Ligam. ut. rotund. ein.

2. Ligamentum uteri rotundum.

Das **Ligamentum uteri rotundum** entwickelt sich [1]) aus einem längs des Psoas gelegenen, dem Gubernac. Hunt. vollkommen entsprechenden Strange, welcher ein grauweiss und gallertig schimmernd erscheinendes Gebilde darstellt. Dasselbe

[1]) Kölliker, Entwicklungsgeschichte des Menschen.

gehört ursprünglich dem Wolff'schen Körper an und erstreckt sich von dessen Ausführungsgange gerade nach abwärts zur Leistengegend. Dieses „**Leistenband der Urniere**“ besteht blos aus Schleimgewebe und steckt in einer Duplicatur des Peritoneums. Es zeigt viele Verschiedenheiten, kann sehr dick und durchscheinend, am oberen Ende napfförmig eingedrückt sein, und ist zuweilen im Innern ausgehöhlt; in dem letzteren Falle ist die Höhle mit einer klaren serösen Flüssigkeit angefüllt; oder aber es ist dünner, weniger durchsichtig und derb. Das untere Ende dieses Leistenbands ist an den Rändern der Oeffnung in den Bauchdecken angewachsen und es gehen hier in das Gewebe des Bandes quergestreifte Muskelfasern, welche durch die Leistenspalte heraustreten.

(Nach **H. Weber** wäre das Gubernac. Hunt. ursprünglich ein hohler von Muskelfasern umgebener Beutel, nach **Bramann** dagegen ein solides Gebilde.)

3. Descensus der Ovarien.

Die **Ovarien** liegen zuerst an derselben Stelle wie die Hoden, und zwar hoch oben über dem Beckeneingange, an der hinteren Wand der Bauchhöhle; sie haben die gleiche Beziehung zum Periton. wie jene; daher besitzen sie einen Bauchfellüberzug und sind mittelst eines kurzen Gekröses an der Urniere angeheftet.

Mit dem Verschwinden des Wolff'schen Körpers im vierten Monate nun beginnen die Ovarien allmählig gegen die Leistengegend hin zu wandern (gleich wie die Hoden). Sie stellen sich schief; die Peritonealbekleidung der Urnieren wird zum Ligam. latum. Der vorhin erwähnte, dem Gubern. Hunt. entsprechende Strang des Urnierenganges kommt an den Müller'schen Gang zu liegen und sitzt hier gerade an der Stelle, wo die Tube in den Uterus übergeht; er wird später zum Ligam. ut. rotund.

Es bildet sich gleichzeitig, wie wir es später sehen werden, gleich wie beim männlichen Geschlechte, ein Processus vaginalis (der Canalis Nuckii). Die Ovarien kommen erst am Ende des Embryonallebens in das kleine Becken zu liegen.

Es würde uns zu weit führen, wenn wir nachforschen würden, auf welche Weise sich der Descensus ovar. vollzieht: ob derselbe durch den Zug der im Gubernac. Hunt. enthaltenen Muskelfasern zu Stande kommt, oder, wie **J. Cleland** meint, durch verschiedene Wachsthumsverhältnisse der Theile, oder durch eine Verkürzung des Gubern., welche **Meckel** derjenigen verglichen hat, die junges Bindegewebe in Narben erleidet.

Das Lig. ut. rot. besteht ursprünglich aus zelligen Elementen und später aus Bindegewebe. Vom Uterus aus gehen Muskelfasern auf dasselbe über. Beim erwachsenen Weibe bildet dasselbe einen glatten, musculös-fibrösen, 12—15 Cm. langen Strang, welcher von der Substanz des Uterus ausgeht, und zwar von der Stelle aus, wo die Tube in den Uterus übergeht. Von da aus geht er, der seitlichen Beckenwand folgend, zum Leistencanal, passirt denselben (analog dem Vas deferens), um schliesslich in die grossen Labien und den Mons Veneris auszustrahlen.

4. Diverticulum Nuckii.

Wir haben gesehen, dass der Descensus ovarii im vierten Monate beginnt; vorher, im dritten Monate, bildet sich (gleich wie beim männlichen Fœtus vor dem Desc. test.), als ein selbständiger Vorgang, eine Ausstülpung des Peritoneums durch den Leistencanal hindurch, ein weiblicher Proc. vaginalis. Dieses Gebilde, welches häufig das Lig. ut. rot. vom inneren Leistenringe an bis in die Substanz der Lab. majora begleitet, wurde nach dem Namen seines Entdeckers **Nuck** in Leyden 1692 **Canalis oder Diverticulum Nuckii** genannt [1]). Dasselbe ist normaler Weise bei der Geburt obliterirt. Es können aber abnormaler Weise Ueberreste dieses Canales weiter persistiren, welche dann zum Ausgangspunkte der uns interessirenden Erkrankung werden können.

Die Entdeckung des Diverticulum Nuckii, welches somit eine grosse Rolle in der Pathogenese der Hydrocele muliebris spielt, wurde von **Peter Camper** und **M. Girardi** in Parma

[1]) Nuck. Adenographia curiosa et uteri feminei anatome nova. Cap. X. De peritonei diverticulis novis.

bestätigt. Später, 1779, hat **H. A. Wrisberg** solche Divertikel an weiblichen Embryonen beschrieben und er drückt sich in seiner „Descriptio anatomica embryonum“ so aus (Obs. V): „Die Ligamenta rotunda erscheinen bei einem viermonatlichen Fœtus sehr stark. Mit denselben geht durch den Canalis inguin. ein Fortsatz des Peritoneums, der einen Canal bildet, welcher in der Schamgegend an der Seite der Oss. pub. endigt. Nach der Geburt wird dieser Canal meist geschlossen.“ Wrisberg fand dieses Diverticulum Nuckii 19 mal auf 200 Leichen.

Palletta [1]) dagegen gibt folgende Darstellung: „Dans le fœtus du sexe féminin, quelle que soit l'époque à laquelle on l'observe, on trouve que le prolongement du péritoine est constamment au dehors de l'anneau abdominal contrairement à ce qui arrive dans le fœtus mâle, et le ligament rond, après être passé en arrière de ce prolongement, se répand dans le tissu cellulaire du pubis. Ce diverticule se maintient creux et ouvert du côté du bas-ventre, chez le fœtus du sexe féminin, sans rien contenir ou recevoir aucun organe important. L'orifice se ferme peu à peu après que le fœtus a vu la lumière, et toute la cavité s'oblitère également et devient semblable à un ligament“.

Sacchi (1831) machte die Beobachtung, dass die Obliteration des Canals erst am Orificium desselben vorkommen kann und dass ein Divert. Nuckii noch bei älteren weiblichen Personen, allerdings selten, zu finden ist. Er fand dasselbe auf einem von drei weiblichen Fœtus. **Lecat** beschrieb einen Fall bei einer Frau von 56 Jahren.

P. Camper machte zum ersten Male genaue Angaben über die Häufigkeit des Offenbleibens des Peritonealfortsatzes bei neugeborenen Knaben und Mädchen: er hat im Ganzen 70 Knaben und 34 Mädchen untersucht und fand bei den letzten 7 mal ein Divert. Nuckii vorhanden (4 mal rechts, 3 mal links). Bei den Knaben fand er den Proc. vag. obliterirt: 7 mal beiderseits, 8 mal nur rechts und 14 mal nur links; in allen den übrigen Fällen war der Proc. vag. ganz oder partiell offen geblieben.

---

[1]) Mém. de l'Institut ital. F. I p. 101.

H. Meyer [1]) fand schon bei einem 2½ Monate alten Fœtus ein 0,5 Lin. tiefes Divert. Nuckii.

A. Engel [2]) verdanken wir gleichfalls werthvolle Beiträge zur Anatomie des Proc. vag.: er fand unter 100 Fällen denselben in 31 Fällen offen und beobachtete Rudimente desselben bei mehr als 60jährigen Personen. Auch Camper soll mehrere Male solche Residuen bei Frauen gefunden haben, welche bei Geburten starben.

Féré [3]), welcher 158 Leichen von Mädchen, die neugeboren bis 3 Jahre alt waren, untersuchte, fand den Canalis Nuckii vollständig durchgängig: 1mal beiderseits, 1mal rechts, 3mal links, und unvollständig obliterirt: 1mal beiderseits, 9mal rechts, 2mal links; von diesen 17 Fällen kamen 8 derselben auf den ersten Monat, 2 auf den zweiten bis sechsten, die übrigen auf die übrigen Monate.

Zuckerkandl in Wien (siehe oben) hat nach einer genauen Statistik, männliche Kindesleichen betreffend, auch gelegentlich 19 weibliche untersucht, und zwar aus der 1. bis 12. Lebenswoche: er fand das Divert. Nuckii 4mal, 3mal beiderseits und 1mal linkerseits. Er kam zum Schlusse, dass mit dem Wachsthum der vorderen Bauchwand auch der Proc. vag. fortwächst, falls er nicht bald post desc. test. (oder ovarii) obliterirt.

Niemann (siehe oben) untersuchte 46 weibliche Embryonen und Kindesleichen. Er fand den Proc. 28mal vorhanden: in 18 Fällen beiderseits, in 7 Fällen rechts und in 3 Fällen linkerseits. Nach ihm soll sich der Processus erst vom 3. Monate an bilden. Die Häufigkeit des Offenbleibens nimmt bei älteren Fœten und Kindern wieder ab.

Endlich fand **Sachs** (siehe oben) unter 150 Leichen von Mädchen im 1. Lebensjahre 37mal das Divert. Nuckii ganz oder theilweise offen.

Es lässt sich also daraus schliessen, dass das Offenbleiben des Proc. vag. perit. beim weiblichen Geschlechte nicht mehr

[1]) Arch. f. Anat. u. Physiol. 1845. S. 363.

[2]) Wiener med. Wochenschrift. 1857.

[3]) Etudes sur les orifices herniaires et sur les hernies abdom. des nouveau-nés. Paris. 1879.

blos als eine seltene Varietät zu betrachten ist; sein häufiges Vorkommen sowohl im intrauterinen als auch im extrauterinen Leben spricht gegen die Ansichten von verschiedenen Autoren, welche überhaupt gar nichts von einem Divert. Nuckii wissen wollten, **Hensing, Albert v. Haller, Vicq. d'Azyr, Velpeau** [1]), **Aubenas** [2]). **Duplay** [3]) machte Untersuchungen an 21 weiblichen Embryonen im Alter von 4 bis 5 Monaten und fand nie dieses Divert. Nuckii; desswegen erklärt er dasselbe als eine „création artificielle se produisant sous l'influence d'une traction légère des parties cellulovasculaires qui sortent du canal inguinal avec le ligament rond".

Rabère (siehe oben) hält an dieser Ansicht hartnäckig fest.

Tillaux dagegen [4]) nimmt die Bildung eines Proc. vag. perit beim weiblichen Geschlechte an: „Le canal de Nuck est un prolongement du péritoine qui accompagne le ligament rond, analogue au canal péritonéo-vaginal, oblitéré, mais il peut persister des débris susceptibles de se distendre et de se remplir de liquide, d'où la formation d'un kyste, qui constitue l'hydrocèle de la femme, c'est du moins l'hypothèse la plus vraisemblable".

Richet [5]) und **Sappey** [6]) erwähnen ebenfalls das Vorkommen des Canalis Nuckii beim weiblichen Fœtus, so dass die Ansichten von Velpeau, Duplay, Rabère etc. nicht von allen französischen Autoren getheilt werden.

Wenn also ein solches Divert. Nuckii sich mit seröser Flüssigkeit anfüllt, kann man mit Recht die entstehende Geschwulst als Hydrocele muliebris bezeichnen.

Was die Obliteration des Divert. Nuckii anbetrifft, so kann man sagen, dass dasselbe viel häufiger obliterirt ist, als der Proc. vag. beim männlichen Geschlechte. Die vollkommene Obliteration ist bei Mädchen 2mal so häufig als bei Knaben.

[1]) Diction. en 30 Vol. T. XXI art. Hydrocèle.

[2]) Des tumeurs de la vulve. Strassburg, 1860.

[3]) Des collections séreuses et hydatiques de l'aine. Thèse de Paris, 1865.

[4]) „Anatomie topographique" (1879 p. 839).

[5]) Anat. topogr. 5e Edit.

[6]) Traité d'anat. descriptive t. IV. p. 747. 1879.

Sachs [1]) zieht aus seinen Untersuchungen folgende Schlüsse: Das Divert. Nuckii ist in der Mehrzahl der Fälle schon während des intrauterinen Lebens verschwunden; die Obliteration macht im Laufe der ersten Lebensjahre wahrscheinlich keine Fortschritte; auch bei Mädchen wird die Obliteration häufiger links angetroffen als auf der rechten Seite. Die Obliteration beruht auf Granulationsbildung.

Was die Betheiligung des Lig. ut. rot. an der Hydrocelenbildung anbetrifft, so drückt sich **Niemann** in seiner Inaug.-Dissertation (siehe oben) so aus: „Der theoretischen Vorstellung, dass sich ausserhalb des Peritoneums in dem Bindegewebe, von welchem das Ligamentum teres umgeben ist, Wasser ansammle und eine Cyste bilden könne, lässt sich eine gewisse Berechtigung nicht absprechen. Aber der Beweis, dass eine derartige Cyste wirklich vorgekommen sei, lässt sich aus der Durchmusterung der vorliegenden Fälle (20 Fälle aus der Litteratur kurz angeführt) nicht führen und ebenso wenig ist von einem ätiologischen Momente die Rede, aus welchem sich die Nothwendigkeit der Enstehung eines Hydrops ableiten liesse, der sich auf das Bindegewebe des Ligamentum teres beschränkte".

IV. Eintheilung der verschiedenen Arten von Hydrocele muliebris.

Scarpa [2]) scheint eine einzige Art von Hydrocele muliebr. gekannt zu haben, und zwar diejenige, welche der Hydrocele cystica des männlichen Geschlechtes (Hydrocèle enkystée du cordon spermatique) entspricht; dies ist zwar die häufigste Varietät dieser Erkrankung beim Weibe. **Paletta** dagegen kennt blos die der Hydrocele congenita seu communicans entsprechende Form.

Reguoli [3]) versuchte zuerst die verschiedenen Hydrocelenarten zu klassificiren und machte fünf Varietäten:

[1]) Langenbeck's Archiv, Bd. 35.
[2]) Opusc. di chir. vol. 1. 1825.
[3]) Arch. génér. de méd. 2e série. Tome V. p. 122. 1834.

1. „Quand la sérosité est épanchée dans le tissu cellulaire qui environne les parties qui forment le ligament rond.“ (Es ist das, was Scarpa „Hydrocèle diffus“ oder „Oedème du cordon spermatique (— du ligam. rond.)“ nennt. Als Beispiel führt Regnoli einen Fall an, bei welchem ausser der Hauptcyste, noch Bläschen und Hydatiden in der Umgebung des Ligam. ut. rod. sich fanden (siehe Fall No. 11). Diese Hydrocelenart wäre schwer von einer kleinen und adhærenten Epiplocele zu unterscheiden.

2. „Quand la sérosité se trouve dans le prolongement péritonéal qui communique toujours avec l'abdomen“ (also mit der Hydrocele congenita des männlichen Geschlechtes identisch).

3. „Lorsque la sérosité est renfermée dans le même prolongement ou canal de Nuck, qui ne communique plus avec le grand sac du péritoine“ (nach Regnoli eine seltenere Form als die vorher erwähnten).

4. „Quand la sérosité est renfermée dans un kyste développé dans le tissu cellulaire environnant le ligament rond“ (Analogie mit der „Hydrocèle enkystée du cordon spermatique“, zuweilen mit der Varietät No. 3 zu verwechseln). Regnoli zählt darunter die Beobachtungen von Paré (s. Fall 4), Desault (Fall 6), Lallement (Fall 7), Cairoli (Fall 8) und Palletta (Fall 13).

5. „Quand un ancien sac herniaire s'est oblitéré à son col par la pression d'un bandage appliqué sur la région inguinale (variété rare).

Bends [1]) vergleicht die wässrigen Geschwülste in den grossen Labien mit der Hydrocele des Mannes und hält es „vom pathologischen oder practischen Gesichtspunkte aus“ für das beste, 3 Varietäten dieser Krankheit anzunehmen, nämlich:

1. Hydrocele œdematosa seu diffusa (Sitz im Canalis ing., beruht auf einer Infiltration in den Maschen des Bindegewebes des Ligamentum rotundum).

2. Hydrocele peritonealis seu congenita (Sitz ebenfalls im Leistencanal, rührt her von einer Ansammlung von Flüssigkeit im Divert. Nuckii, communicirt mit der Bauchhöhle).

[1]) Hosp. Meddelelser. Bd. 5. Hft. 3. 1853. — Réf. Schmidt's Jahrbuch 80. 1853.

3. Hydrocele saccata (Flüssigkeit in einem geschlossenen Sacke angesammelt, welcher entweder neugebildet ist, oder von einer krankhaften Verlängerung des Peritoneums herrührt. Die Geschwulst zeigt sich im Leistencanal oder in der Reg. pubis oder in den grossen Labien).

Das Beispiel, das dann Bends anführt, bei welchem der Stiel der Geschwulst sich unter dem Ramus desc. oss. pubis inserirte und welches als Hydrocele saccata lab. maj. betrachtet wurde, ist wohl keine Hydrocele muliebris gewesen.

Klob (siehe oben) und **Bandl** [1]) unterscheiden zwei Formen: die Hydrocele saccata seu cystica und die Hydr. peritonealis seu congenita.

Endlich nimmt **Schroeder** [2]) 2 Varietäten an (abgesehen von „der einfachen œdematösen Schwellung des das Lig. rot. einhüllenden Bindegewebes“) und zwar eine extraperitoneale und eine intraperitoneale Form. „Diese entsteht durch Flüssigkeitsansammlung in einem wirklichen Proc. vag. perit.“, welcher am inneren Leistenringe verödete. „Die erste Art bildet sich in dem eigentlichen Gubern. Hunteri, entweder als neugebildete Cyste, oder wenn nach E. H. Weber das Gubernac. ursprünglich ein hohler Canal ist, aus der Erhaltung desselben.“

Winkel [3]) nimmt noch eine andere Hydrocelenart an, welche er, wie folgt, beschreibt: „Endlich kann in dem Zellengewebe des Lab. maj., welches als eine Fortsetzung der Fascia superf. abdom., aus zwei Blättern bestehen soll, analog der Tunica dartos, zwischen diesen beiden Blättern, also in einem nicht mit seröser Haut ausgekleideten Sack, sich Flüssigkeit ansammeln und dieser Tumor hätte den meisten Anspruch auf den Namen Hydrocele“.

Endlich wäre nach **Brochon** [4]) die Hydrocele feminina durch Flüssigkeitsansammlung entweder zwischen Haut und Tunica dartos, oder im Innern dieser letzteren bedingt.

---

[1]) Allg. und spec. Chirurgie, 1882. Pitha und Billroth.
[2]) Krankh. der weibl. Geschlechtsorg. 1889.
[3]) Lehrbuch der Frauenkrankheiten.
[4]) Essai sur l'hydrocèle dartoique chez la femme. Paris, 1859.

Wenn wir jetzt diese verschiedenen Ansichten mit einander vergleichen, können wir folgende Schlüsse ziehen: Zuerst, was die Eintheilung von **Regnoli** anbetrifft, können wir bemerken, dass die 5 von ihm unterschiedenen Varietäten sich unter die 3 von **Bends** einreihen lassen; die erste und die vierte Form sind nämlich mit der ersten von Bends identisch und die fünfte Art ist überhaupt nicht als Hydrocele zu betrachten.

Weiter sind die von **Winkel** und **Brochon** erwähnten Arten keine Hydrocelen, da die Tunica dartos, wegen ihrer Beschaffenheit aus elastischen Fasern keine seröse Flüssigkeit secerniren kann. Beim Manne kommt auch nichts Analoges zur Beobachtung.

Wir hätten nur noch 3 Formen zu unterscheiden, von welchen die eine durch Betheiligung des Ligam. ut. rotund. entstanden, noch sehr bestritten ist. Nach den Untersuchungen von **Bramann** [1]) ist das Gubern. Hunteri nie ein Hohlschlauch, sondern ein solides Gebilde, so dass die extraperitoneale Form von **Schroeder, Klob** etc. nicht möglich wäre. Eine andere Form, bei welcher die Flüssigkeit sich im Zellgewebe des Lig. ut. rotund. selbst ansammeln soll (erste Varietät von Bends, von Klob auch angenommen), ist von **Niemann** (siehe oben) als nicht erwiesen zu betrachten. Diese eigentliche Hydrocele des Ligam. rot. könnte nach Bends aus einer während einer Geburt entstandenen Blutgeschwulst entstehen. Wir hätten es in diesem Falle nicht mit einer unter den Begriff „Hydrocele" fallenden Geschwulst zu thun.

Daraus folgt: man sollte die Bezeichnung „Hydrocele ligamenti rotundi" ganz wegfallen lassen und die Hydrocele des Processus vaginalis peritonei beim Weibe einfach als **Hydrocele muliebris seu feminina bezeichnen.**

Es sind also wohl nur intraperitonelle Formen der Hydr. mulieb. anzunehmen, und zwar unterscheiden wir **folgende 4 Formen:**

1. Die **Hydrocele congenita seu communicans**, durch Persistenz des Divert. Nuckii gebildet, welches am Canalis inguin.

[1]) Arch. für Anat. und Physiol. 1884. Anat. Abth. p. 314.

ganz oder theilweise offen bleibt und vollständig der Hydrocele congenita beim männlichen Geschlechte entspricht. Es kann später aus derselben durch Verwachsung ihrer Wandungen die 2. Form entstehen. Als Beispiele dieser Hydrocelenart sind folgende Fälle anzuführen: Fälle No. 12, 20, 23, 29, 36, 40, 53, 57, 58, 61.

2. Die **Hydrocele cystica**, durch Obliteration des Divert. Nuckii am inneren Leistenringe entstanden und der Hydrocele funiculi spermatici analog (siehe Fälle No. 10, 25, 30, 32, 37, 54, 62, 63, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72).

3. Der Processus kann an mehreren Stellen obliteriren und zwischen diesen offen bleiben: so entsteht die **multiloculäre Hydrocele** (Hydrocèle en chapelet oder encystedhydrocele, siehe Fälle No. 31, 40, 60, 68, 73).

4. Eine andere Varietät ist die **Hydrocele bilocularis**, welche zuweilen zur Beobachtung kommt (siehe Fälle No. 7, 17, 30, 48, 66) und entsteht, wenn der Hydrocelensack ausser seiner Ausdehnung in oder vor dem Leistencanal, noch ein Loculament hinter den Bauchdecken, praeperitonal gelegen, besitzt.

V. Casuistik.

1. Eigene Beobachtungen.

Wir wollen jetzt zunächst die Fälle veröffentlichen, welche innerhalb der 4 letzten Jahre in der Klinik von **Prof. Krönlein** zur Beobachtung kamen, indem wir zuerst eine sehr schöne von **Dr. Conr. Brunner** in Zürich schon publicirte Beobachtung in extenso reproduciren. Dann werden wir eine Zusammenstellung der bis jetzt bekannten Fälle geben, um aus der Analogie aller dieser Beobachtungen das klinische Bild, die Aetiologie, Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie der Hydrocele muliebris zu besprechen.

Fall 67. **Dr. C. Brunner** (Herniologische Beobachtungen aus der Züricher chir. Klinik des Prof. Krönlein. Brunn's Beiträge zur klin. Chir. Bd. IV Heft 1. Tübingen, 1888).

Anamnese: Bluhm H. 39 J., wurde am 29. April 1887 in's Spital aufgenommen. Patientin war nie schwer krank und hat stets normal verlaufende Geburten durchgemacht. 7 Kinder leben und sind gesund. Die letzte Geburt fand vor 5 Jahren statt und im Anschluss daran trat eine Unterleibsentzündung auf, die unter ärztlicher Behandlung zurückging. Die Menses, welche früher regelmässig in 4wöchentlichen Intervallen sich einstellten, wurden in den letztvergangenen Monaten wenig kopiös, dünnflüssig, übelriechend, auch stellten sich in der Zwischenzeit Blutungen und stinkender Ausfluss ein.

Schon als kleines Mädchen will Pat. einen linksseitigen Leistenbruch beim Springen über eine Hecke sich zugezogen haben; es soll jedoch dieser Bruch bei längerer Rückenlage oder auf Druck wieder verschwunden sein. Im Laufe der letzten Jahre aber soll die Geschwulst allmählig gewachsen sein, bis sie die jetzt vorhandene Grösse eines Apfels erreichte. Ein Bruchband wurde nie getragen. Im Anschluss an die letzte Menstruation (10 Tage vor Eintritt ins Spital) erkrankte Pat. unter Auftreten von Fieber, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, Verstopfung und Bauchweh. Dazu kam drei Tage später heftiges Erbrechen. Der gerufene Arzt diagnosticirte eine eingeklemmte linksseitige Inguinalhernie und schickte Patientin nach erfolgloser Taxis zur Operation in die chirurgische Klinik.

Status præsens: Schwächlicher Körperbau. Guter Ernährungszustand. Puls 130, bisweilen intermittirend, von mittlerer Füllung. Sensorium frei, Respiration coupirt, beschleunigt. An Lungen und Herz nichts besonderes. Zunge wenig feucht. Der Bauch ist aufgetrieben und gespannt, aber nicht besonders druckempfindlich. In der linken Inguinalgegend, über dem Ligamentum Pouparti eine ovoide, apfelgrosse Geschwulst, deren Längsdurchmesser dem Poupart'schen Band ungefähr parallel läuft. Die Haut über dem Tumor zeigt viele Varicen, ebensolche sind in grosser Anzahl am Oberschenkel zu sehen. Die Beweglichkeit des Tumors ist äusserst gering; leichter Druck verursacht heftigen Schmerz. Der Percussionsschall ist gedämpft. Es gelingt weder manuelle Verkleinerung, noch die Reposition. Kein Gurren.

Starke Brechneigung, öfters Singultus. Am Tage des Eintritts in's Spital soll noch etwas fester Stuhl abgegangen sein.

Anamnese und Befund bestimmen Herrn Prof. Krönlein zur Diagnose: **Hernia inguinalis incarcerata** und zur sofortigen Ausführung der **Herniotomie.** In Narkose Hautschnitt parallel zum Ligament. Poup. über die grösste Circumferenz des Tumors. Bei Durchtrennung der accessorischen Hüllen fällt auf: ein aussergewöhnlicher Reichthum an hochgradig erweiterten, bis federkieldicken Venen, die eine grosse Zahl von Ligaturen erheischen. Der blosgelegte kleinapfelgrosse Bruchsack hat eine kugelige Form und ist von Fett rings umwachsen; es wird derselbe an einer Stelle angeschnitten, wobei eine ungewöhnlich dicke Wand zum Vorschein kommt. Beim Anschneiden fliesst eine ziemlich reiche Menge trübeiteriger mit Fibringerinseln vermischte Flüssigkeit hervor. Um Einblick zu gewinnen, wird der ganze Sack bis zum äusseren Inguinalring gespalten. An der Innenfläche der Wandung sind überall fibrinöse Ablagerungen zu sehen und das starre Gewebe ist durchsetzt von grossen Gefässen. Es fehlt jeglicher Bruchinhalt. Der durch die Bruchpforte eingeführte Finger gelangt bis zum inneren Annulus inguinal. und fühlt hier einen elastischen Körper, vermuthlich das linke Ovarium. Der bisherige Befund lässt schliessen, dass es sich entweder um einen vereiterten leeren Bruchsack oder aber wahrscheinlicher um eine mit dem Ovarium in Zusammenhang stehende Cyste handelt. Der Sack wird nach zwei Seiten hin mit Catgutfaden abgebunden und am Stiel abgetragen; beim Durchtrennen dieses Stieles fällt auch hier derselbe Reichthum an Gefässen auf. Das Gewebe des exstirpirten Sackes zeigt eine cavernöse Beschaffenheit und durch dasselbe hindurch zieht sich deutlich sichtbar und fühlbar eine strangförmige Verdickung, die beim Einschneiden ebenfalls weit klaffende Gefässdurchschnitte zeigt.

Verlauf. Gleich nach der Operation beginnt Pat. zu erbrechen. Puls wird schneller, 140 — 150 Schläge. 2. Mai: Wiederholtes Erbrechen. Seit der Operation kein Stuhl. Temperatur 39,8. Unter den Erscheinungen zunehmenden Collapses erfolgt Abends der tödtliche Ausgang.

Section. Dem von Herrn Prof. Klebs aufgenommenen Protokoll entnehmen wir: Der gespaltene Inguinalcanal zeigt eiterig belegte Wandungen. Im unteren Theil der Bauchhöhle eiterige Flüssigkeit das Netz überlagernd. Die Därme untereinander verklebt, lassen sich von den Geschlechtstheilen leicht trennen. Der Uterus überragt die Blase und reicht bis zum Beckeneingang. An seiner Seite senken sich die Tuben in den Douglas'schen Raum hinunter. Die Vagina ist von mässiger Weite. Im obersten Theil des Uterus Abstossung des Epithels, der Cervix ersetzt durch eine mit weisslichen Fetzen bedeckte Geschwürsfläche (Carcinoma cervicis). Die linke Tube ist stark angeschwollen, blassroth gefärbt, am Ostium abdominale geschlossen und mit Eiter und schleimiger Flüssigkeit prall gefüllt. Das linke Ovarium liegt an regelmässiger Stelle hinter der Tube; es ist ziemlich gross, sein Gewebe feucht, grauroth gefärbt, enthält mehrere cystisch degenerirte Follikel. Das Gewebe im Hylus ist mächtig verdickt und von weiten Gefässen durchzogen. In der Gegend des Ansatzes des Lig. rotundum (links) befindet sich ein mit Catgut unterbundener Stiel, der vorn eine glatte Schnittfläche zeigt. Nach Entfernung der Ligatur gelangt die Sonde in einen Canal, der kaum 1 Cm. weit führt und blind in der Ansatzgegend des Lig. rotund. endigt. Dieser Stiel zeigt ganz dasselbe Gewebe, wie der exstirpirte Sack und ist als Fortsetzung dieses letzteren zu betrachten. Das rechte Ovarium ist kleiner, stark durchfeuchtet und mit einigen Cysten besetzt. Die rechte Tube ist verschlossen und mit Eiter gefüllt, dabei sehr dickwandig. Im Douglas eine mässige Menge flockigen Eiters. Die Darmserosa überall gequollen, getrübt und mit frischen Fibrinauflagerungen bedeckt. Därme gleichmässig gebläht; nirgends eine Einklemmung oder Stenose. An Nieren, Leber, Milz nichts besonderes. Lungen- und Herzbefund normal.

Fall 68. **Schnorf**, Susanna, 42 J. Hausfrau aus Aussersihl. Aufgenommen am 22. October 1889. Entlassen am 31. October 1889.

Anamnese: Vom 12. Lebensjahre an leidet Patientin an öftern Magenschmerzen und Erbrechen, sonst will sie immer gesund gewesen sein. Sie hat 7 Mal geboren, 2 Mal Zwillinge.

Die Geburten verliefen alle gut, aber bei der Entbindung der ersten Zwillinge will sie unter der Wirkung der heftigen Wehen ihren Bruch erworben haben: es wölbte sich in der Schenkelbeuge ein weicher, nussgrosser Tumor vor, den der untersuchende Arzt als Beginn einer Hernie ansprach. Die Geschwulst war nur zeitweise, besonders während der Menses schmerzhaft und reponirte sich beim Sitzen und Liegen unter gurrendem Geräusch immer von selbst. Durch die folgenden Graviditäten wuchs die Bruchgeschwulst unter Zunahme der Beschwerden zur Hühnereigrösse. — Im Frühjahr 1889 lag Patientin an heftigen Magenkrämpfen, die mit Erbrechen von Schleim und Galle, Appetitlosigkeit und Abmagerung verliefen, 8 Wochen zu Bette. Sie verlor damals bei der Periode sehr viel Blut. Seither wiederholten sich diese Magenkrisen öfter. Am 20. October stellt sich ein solcher intensiver Magenkrampf ein mit Erbrechen und Austritt des Bruches. Die Reposition desselben gelingt nicht, der Leib wird aufgetrieben und es besteht grosser Berührungsschmerz im Abdom., besonders in der Nabelgegend und im Bruche. Anhaltendes Erbrechen und erschwerte Respiration. Die Beschwerden gehen trotz Application warmer Cataplasmen nicht zurück, der Stuhl wird angehalten. Ein Arzt wird am 22. Oktober gerufen, welcher die Reposition des Bruches vergebens versucht und die Aufnahme in's Spital anordnet.

Status præsens (22. Oct.) Ziemlich grosse, anæmische, magere aber sehr kräftige Frau. Puls 120, etwas klein, regelmässig. Temperatur nicht erhöht. Lungen frei, Herztöne leise, rein; kein Icterus. Patientin klagt über Schmerzen im Hypogastrium und in einer in der linken Seite sitzenden Geschwulst. Zunge feucht, weisslich belegt.

Abdomen schlaff, wenig aufgetrieben, im Hypogastrium mässig druckempfindlich. In der linken Leistenbeuge sieht man eine fast gänseeigrosse Geschwulst, sehr nahe dem Labium majus, entschieden medialwärts vom Schenkelcanal. Der Tumor liegt mit seiner grössern Axe etwa parallel dem Lig. Pouparti, ist glatt, ziemlich derb, nicht fluctuirend, nicht tympanitisch bei der Percussion, sondern von leerem Schall. Er ist mässig druckempfindlich, von normal aussehender Haut überzogen, auf der

Unterlage etwas verschieblich, oben wie durch einen in die Tiefe der Bauchhöhle führenden Stiel fixirt. Er lässt sich nicht reponiren.

Vor 2 Tagen mehrmaliges Erbrechen und seit derselben Zeit Stuhlverhaltung.

Diagnose. Hernia labialis sin. incarcerata.

Operation. (22. October, Abends 9 Uhr, Prof. Krönlein). Chloroformnarkose, etwas unruhig, von ½stündiger Dauer. — Schnitt über die Convexität des Tumors in der Richtung der Längsaxe desselben, 6—8 cm. lang. Trennung der accessorischen Hüllen bis auf den vermeintlichen Bruchsack. Dieser erscheint auffallend derb. Bei einem vorsichtigen Versuch, denselben am unteren Pole zu eröffnen, gelangt man in einen Hohlraum, welcher etwas grünliche Flüssigkeit, nichts weiteres enthält und etwa Taubeneigross ist. Der Tumor wird nun weiter oben incidirt; er hat eine dicke Wandung und nach Trennung derselben, gelangt man in einen abermaligen Hohlraum von Hühnereigrösse, aus welchem sich etwas mehr gelbliche, trübe, seröse Flüssigkeit entleert. Die Wandungen dieses Hohlraumes sind mit einer, wie Serosa aussehenden Membran, ausgekleidet. Die beiden Cysten communiren nicht. Führt man nun den Finger in den oberen Hohlraum, welcher zwischen beiden Columnæ des Leistenringes in die Tiefe führt, ein, so gelangt man nicht in die freie Bauchhöhle, sondern man hat das Gefühl im Subperitonealraume zu sein. Von einem Eingeweide als Bruchinhalt ist nirgends die Rede. Es muss sich daher um eine cystische Degeneration des Lig. teres uteri handeln, um eine Hydrocele lig. rotundi.

Es wird nun der ganze Strang, welcher die Cystenwand formirt, nach 2 Seiten mit dickem Sublimatcatgut unterbunden, dann abgetragen und noch eine Catgutnaht angelegt, welche die beiden Columnæ canalis inguinalis verbindet und den Leistenring verschliesst. Seidennaht der Haut mit Drain im untern Winkel. Antisep. Occlusivverband.

Verlauf: (23 X.) Patientin hat eine gute Nacht gehabt. Kein Erbrechen.

26 X. Erster Verbandwechsel. Entfernung von Drain und Nähten. Reactionslose Heilung.

28 X. Nur noch an der Drainstelle eine Granulation. Patientin geht herum.

31 X. Patientin wird mit vernarbter Wunde entlassen.

Fall 69. **Neukomm**, Selina, 34 J. Hausfrau aus Wyl. Aufgenommen am 30. October 1889. Entlassen 12. Dec. 1889.

Patientin will nie krank gewesen sein. Sie hat 7 Mal geboren; die Geburten sollen etwas streng verlaufen sein. Vor circa 7 Jahren nun acquirirte sie einen Bruch, als sie eine schwere Last tragen wollte. Der Bruch liess sich reponiren und Patientin trug auf ärztlichen Rath hin stets ein Bruchband, das aber nicht sehr gut passte und sich sehr leicht verschieben liess. Vor 2 Tagen (am 28. Oct.) trat der Bruch bei der Arbeit ganz aus und konnte weder von der Patientin, noch vom herbeigeholten Arzte reponirt werden. Die Taxisversuche dauerten $^3/_4$ Stunde lang. Patientin wurde sofort nachher zur Aufnahme in das Kantonsspital empfohlen.

Status præsens (30. Okt.) Robuste, blühend aussehende Frau, ohne Fieber. Puls regelmässig, voll, Zunge weiss belegt. Brustorgane intact. Abdomen flach. — In der linken Labie, bis zum Schambogen hinaufreichend, sieht man eine starke, rundliche Schwellung, welcher beim Zufühlen, eine Gänseeigrosse fluctuirende, ziemlich schlaffe, wenig empfindliche Geschwulst von glatter Oberfläche entspricht. Dieselbe verlegt den Leistencanal, lässt sich nicht reponiren, sondern nur in toto hinter das Schambein schieben. — Gutes Allgemeinbefinden. Kein Brechreiz.

Diagnose: Hernia inguinalis sinistra irreponibilis sive Hydrocele ligamenti rotundi.

Operation (30. Oct. 1889 Abends $6\,^1/_2$ Uhr, Prof. Krönlein). Chloroformnarkose $^1/_2$ stündig, ruhig. Schnitt über das Lab. majus, circa 10 Cm. lang; hierauf schichtweise Trennung der Hüllen, wobei circa 10 Ligaturen nöthig werden. Der Sack präsentirt sich als eine dünnwandige, schlaffe Cyste, bei deren Eröffnung alsbald wasserklare bernsteingelbe Flüssigkeit abfliesst. Die Innenwand des Sackes ist glatt, mit serösem Ueberzug, im Leistenkanal endigt derselbe blind. Von einem Intestinum nichts zu sehen, auch kein Bruchsack dahinter. Abbindung und Abtragung des Sackes, Drainage, Hautnaht, antisept. Occlusivverband.

Verlauf: 4. Nov. Verbandwechsel. Entfernung von Drain und Nähten, Heilung per primam.

9. Nov. Pat. verlässt zum ersten Mal das Bett. Die Wunde ist vernarbt.

Am 25. Nov. 1889 wird bei der Pat. die Exstirpation eines Carcinoma mammæ vorgenommen. Pat. verlässt das Spital am 12. December.

Fall 70. **Hübner**, Luise, 33 J. Hausfrau, Enge. Aufgen. 7. Oct. 1890. Entlassen am 20. Oct. 1890.

Anamnese: Pat. war als Kind nie schwer krank. Sie wurde mit 13 J. menstruirt; von Anfang an verursachten die Menses grosse Schmerzen, der Blutverlust dabei war stets ein erheblicher, die Dauer der Periode meistens 8 Tage. Es stellte sich bald Bleichsucht ein und von ihrem 18. Lebensjahre an hat Pat. sehr oft an Magenschmerzen zu leiden. Pat. hat drei Mal geboren. Die erste Geburt (1885) war eine ziemlich schwere, die beiden folgenden verliefen normal. Die jetzige Affection bemerkte Pat. zum ersten Mal im April 1888. Damals hatte sie sich beim Wohnungsumzug sehr stark anstrengen müssen. Sie fühlte an den folgenden Tagen in der rechten Inguinalbeuge ziemlich starke Schmerzen; als sie nachsah, hatte sich bereits eine Geschwulst von der Grösse der jetzigen gebildet. Von ärztlicher Seite wurde ihr damals ein Bruchband empfohlen, das ihr aber immer Schmerzen machte, wesswegen Pat. dasselbe bei der Arbeit oft entfernen musste. Dies geschieht auch vor 3 Tagen. Am andern Morgen bemerkte Pat., dass der Bruch, welcher sonst über Nacht stets zurückgegangen, nicht mehr zu reponiren war. Ein Arzt, der heute zugezogen wurde, schickte die Pat. sofort in's Spital, da alle Repositionsversuche misslungen waren. Patientin hatte gestern früh noch wenig Stuhl. Brechreiz war nie vorhanden bis jetzt.

Status præsens (7. Oct. 1890): Mittelgrosse ziemlich gut gebaute Frau. Gesicht zeigt nichts besonderes. Puls regelmässig, ziemlich kräftig. Brustorgane ohne Besonderheiten, ebenso das Abdomen. — In der rechten Inguinalgegend zeigt sich ein etwa gänseeigrosser Tumor. Die Haut darüber ist nicht geröthet, auch nicht heiss anzufühlen. Der Percussionsschall

ist gedämpft. Der Tumor scheint sich in die Bauchhöhle fortzusetzen; er kann nicht reponirt werden, ist kaum druckempfindlich und befindet sich oberhalb des Lig. Pouparti gegen die Mittellinie hin.

Diagnose. Hernia inguinalis irreponib.

Operation (8. Oct., Prof. Krönlein). Gründliche Reinigung des Operationsfeldes und Desinfection. Chloroformnarkose. Ueber dem Tumor wird in der Richtung von aussen oben nach unten innen ein ungefähr 8 Cm. langer Hautschnitt geführt. Darauf, präparirend, die einzelnen Schichten durchgetrennt und der vermuthliche Bruchsack eröffnet. Es entleert sich daraus eine klare gelbliche Flüssigkeit. Man kann nun erkennen, dass keine Communication mit der Bauchhöhle besteht, sondern dass es sich um eine Hydrocele lig. uteri rotund. handelt. Es wird nun der Sack exstirpirt, die Wundhöhle gereinigt und die Wunde geschlossen. Einlegen eines Drains. Darüber antiseptischer Occlusivverband.

Verlauf. 9. Oct. Gutes Allgemeinbefinden.

14. Oct. Erster Verbandwechsel: Entfernung des Drains und des grössten Theiles der Nähte. Wunde per primam vereinigt.

18. Oct. Vollständige Heilung der Wunde. Pat. steht auf.

Fall 71. **Hinnen**, Anna, 32 J., Hausfrau aus Bassersdorf. Aufgen. am 20. Jan. 1891. Geheilt entlassen am 10. Febr. 1891.

Anamnese. Pat. gibt an, dass sie nie ernstliche Krankheiten durchgemacht habe. Die Menses traten mit dem 18. J. ein. Im Jahre 1888 verheirathete sich Pat.; die Ehe blieb kinderlos. — Im Sommer 1890 bemerkte die Pat. zum ersten Mal ganz zufällig, dass hie und da in der linken Leistengegend ein rundlicher, weicher Körper hervortrete und diese vorwölbe; gleichzeitig hatte sie dann gewöhnlich mehr oder weniger heftige Schmerzen an dieser Stelle. Die Reposition des Tumors gelang ihr aber jedesmal wieder. Am Ende November 1890 nun bekam Pat. ziemlich heftige Schmerzen in der Unterbauchgegend. Beim Zusehen und Zufühlen bemerkte sie, dass wieder in der gleichen Weise und am gleichen Orte sich eine weiche Geschwulst unter der Haut vorwölbe. Auch diesmal gelang es

ihr, dieselbe zu reponiren, freilich nur schwer. Damit hörten auch die Schmerzen auf. Zwei Tage darauf passirte der nämliche Vorfall wieder und die Reposition des Tumors wurde unmöglich. Bedeutende Schmerzen waren anfangs nicht vorhanden, hingegen als die Periode eintrat, wurden die Schmerzen sehr heftig. Cataplasmen brachten keine Erleichterung. Patientin consultirte Ende December 1890 einen Arzt, welcher die Reposition des Tumors versuchte, zwar ohne Erfolg. Er gab ihr den Rath sich zu Hause vorläufig möglichst ruhig zu verhalten und auf ihre Affection wohl zu achten, bis die Aufnahme in's Spital möglich sei. Seither soll der Tumor etwas härter und grösser geworden sein, dagegen wurden die Schmerzen nicht stärker. Erbrechen, Stuhlverhaltung und andere Incarcerationserscheinungen fehlten stets.

Status præsens (20. Jan. 1891). Patientin sieht gut aus, klagt momentan über keine Schmerzen. Im Gesichte, am Kopf etc. keine Besonderheiten. Puls voll, weich, regelmässig, 72. Brustorgane normal. — Abdomen mässig gewölbt, nirgends druckempfindlich, gibt überall tympanitischen Schall. Ueber der Symphyse linkerseits sieht man einen etwa taubeneigrossen Tumor, der sich ziemlich hart anfühlt und auf Druck nicht schmerzhaft ist. Die Haut darüber ist verschieblich, nicht verändert. Der Tumor selbst lässt sich ebenfalls auf seiner Unterlage ziemlich verschieben. Percussion ergibt gedämpften Schall. Der Tumor vergrössert sich bei Hustenstössen nicht, scheint aber doch mit der Bauchhöhle in Zusammenhang zu stehen.

Krankengeschichte (21. Jan.) Patientin klagt hie und da über brennende Schmerzen in der Umgebung des Tumors. Sonst Allgemeinbefinden gut. Patientin bringt einige Stunden ausserhalb des Bettes sitzend zu. Leichte Obstipation, die durch Gebrauch von Bitterwasser sofort gehoben wird. Appetit gut.

23. Januar. Patientin hat ziemlich starken Husten. Es bestehen etwas Leibschmerzen.

Diagnose. Hydrocele muliebris sin. seu Hernia inguinalis irreponib. sin.

Operation (23. Januar, Professor Krönlein). In gemischter Morphium-Chloroformnarkose wird, nach gehöriger Reinigung und

Desinfection des Operationsfeldes, ein ungefähr 8 Cm. langer Hautschnitt über den Tumor geführt und zwar annähernd parallel der Längsaxe des Körpers. Darauf geht man præparando in die Tiefe, wobei die Blutung durch Péans und Catgutligaturen gestillt wird.

Es zeigt sich bald, dass der Tumor mit der Bauchhöhle nicht direct communicirt, sondern eine dem Ligam. uteri rotund aufsitzende Geschwulst, wahrscheinlich eine Cyste ist. Ein vorsichtig ausgeführter Einstich in dieselbe entleert dann auch richtig eine mässige Menge klarer gelblicher Cystenflüssigkeit. Die Cyste wird sodann stumpf aus ihrem Balge ausgeschält und nachdem man sich mit der Sonde überzeugt hat, dass eine Oeffnung in der Cystenwand nach der Bauchhöhle zu nicht existirt, abgetragen, die ziemlich weit klaffenden Crura des Inguinalcanals, durch eine Catgutsutur einander genähert und die Wunde ohne Einlegung eines Drains durch Seidennähte geschlossen. Narkose gut, Dauer derselben ¼ Stunde. Blutung minimal. Anlegung eines antiseptischen Occlusivverbandes.

Verlauf. Patientin fühlt sich nach der Operation noch unwohl, muss ein Mal brechen. Am gleichen Tage tritt die Periode ein und Patientin hat ziemliche Leibschmerzen, die sie mit den Menses in Zusammenhang bringt.

28. Jan. Die Leibschmerzen haben mit dem Aufhören der Periode ebenfalls sistirt. Patientin fühlt sich vollständig wohl. Erster Verbandwechsel. Die Wunde sieht gut aus. Eine Heilung per primam int. ist nicht auf der ganzen Ausdehnung derselben zu erwarten. Temperatur normal.

31. Jan. Verbandwechsel. Die Wunde sieht gut aus, doch klafft sie ziemlich weit. Allgemeinbefinden gut. Leibschmerzen sind nicht mehr eingetreten.

6. Febr. Verbandwechsel. Wunde zum Theil per secundam int. geheilt. Jodoformgaze. Heftpflaster.

10. Febr. Wunde vollständig vernarbt. Patientin wird entlassen.

Fall 72. **Treichler**, Emilie, 30 J. Hausfrau aus Adlisweil. Aufgenommen am 18. October 1891. Geheilt entlassen am 30. October 1891.

Anamnese. Patientin hat von ihrem 12. Lebensjahre an drei Mal an Lungenentzündung zu leiden gehabt, sonst will sie nie krank gewesen sein. Sie hat 4 Kinder; die Geburten verliefen alle ziemlich schwierig: die letzte Geburt erfolgte vor 6 Wochen; das Kind musste in Fusslage extrahirt werden. — Vor 3½ Jahren bemerkte Patientin zum ersten Mal eine kleine Geschwulst in der Symphysengegend, welche ihr keine Beschwerden verursachte. Vier Wochen nun nach der letzten Geburt soll dieselbe nach einer Ueberanstrengung plötzlich grösser geworden sein.

Status præsens (18. Oct. 1891). Kräftig gebaute und gut genährte Frau, welche keinen schwerkranken Eindruck macht. Puls etwas beschleunigt. Temperatur normal. Allgemeinbefinden ordentlich. — Ueber Herz und Lungen nichts Besonderes. Abdomen mässig gewölbt, ergibt bei der Percussion tympanitischen Schall, ist nicht empfindlich. Kein Erbrechen, Stuhl etwas angehalten.

In der rechten Inguinalgegend sieht man eine nicht ganz hühnereigrosse Geschwulst auf dem Lig. Poupart. liegend, mit ihrer Längsaxe nach dem Leistencanal orientirt und der Symphyse ziemlich nahe. Dieser Tumor ist umschrieben, gespannt, nicht fluctuirend, glatt und mit der Haut nicht verwachsen, aber auf seiner Unterlage fast nicht verschieblich. Er ist sehr druckempfindlich. Ob er sich in die Bauchhöhle fortsetzt, lässt sich nicht entscheiden. Beim Husten schwillt derselbe nicht an, lässt sich aber auch nicht auf Druck verkleinern. Die Percussion ergibt leeren Schall.

Diagnose. Hernia inguinalis irreponibilis seu Hydrocele muliebris.

Operation (Prof. Krönlein). Reinigung und Desinfection des Operationsfeldes. Morphiuminjection von 0,015, leichte Chloroformnarkose. Schnitt über die Längsaxe des Tumors, Freilegung desselben, worauf deutliche Fluctuation constatirt und mit grösster Wahrscheinlichkeit eine **Hydrocele muliebris** diagnostisirt wird.

Mehrere Hüllen, zum Theil ganz derber Art und sämmtlich an einander adhærent, werden abgezogen und endlich wird

der Tumor eröffnet. Es entleeren sich Fibrinflecken, seropurulentes Fluidum. Die Innenwand der Höhle ist glatt, lebhaft geröthet, in ihrer ganzen Ausdehnung mit einer fibrinösen Membran belegt. Nach oben verschmälert sich der Sack und läuft in ein feines Infundibulum aus, ohne aber eine Fortsetzung nach der Bauchhöhle zu haben, wie die Sonde nachweist.

Es wird die fibrinöse Schwarte abgezogen, der grösste Theil der Sackwand excidirt, in den Rest ein kleines Drain geschoben und darüber die Haut vernäht.

Antiseptischer Occlusivverband.

Verlauf (23. Oct. 1891). Erster Verbandwechsel. Entfernung des Drains und der Nähte. Die Wunde ist per primam int. geheilt. Gutes Allgemeinbefinden.

27. Oct. Wunde vollständig vernarbt bis auf die Drainstelle. Patientin wird am 30. Oct. entlassen.

Fall 73. Frau **Hintermann**, Susette, 42 J., Seidenweberin, aus Oberstrass. Aufgenommen am 7. Januar 1892. Entlassen am 29. Januar 1892.

Anamnese. Patientin hat sich stets der besten Gesundheit erfreuen können, ausgenommen, dass sie im Jahre 1891 eine Unterleibsentzündung durchgemacht habe. Im Jahre 1879 machte sie eine schwere Zangengeburt durch. Nach dem Wochenbette, als sie ein Mal eine schwere Last heben wollte, fühlte sie einen deutlichen Stoss in der Schamgegend, und wie sie nachsah, war ein Bruch zu constatiren. Anfänglich verursachte derselbe fast keine Beschwerden; nur spürte sie Schmerzen, wenn sie im Begriffe war aufzustehen oder zu gehen. Sie legte sich ein Bruchband an, das sie bis vor 3 Jahren ohne Unterbruch trug; damals glaubte sie, ihr Bruch sei geheilt. Vor 6 Wochen, beim Tragen einer schweren Last, erfolgte ein neuer Bruchvorfall. Alle die Versuche denselben zu reponiren waren vergeblich. Die Anlegung eines Bruchbandes verursachte unerträgliche Schmerzen und war von keinem Nutzen.

Status præsens. Mässig ernährte Patientin von ungestörtem Allgemeinbefinden.

In der rechten Leistengegend befindet sich ein hühnereigrosser Tumor, der sich aus der Gegend des äusseren Leistenringes in das Labium majus hineinstreckt. Derselbe ist beweglich, von glatter Oberfläche, fluctuirend, nicht empfindlich, die Haut darüber unverändert. Beim Anspannen der Bauchpresse verändert sich die Spannung des Tumors nicht.

Diagnose. Hydrocele ligam. uteri rotundi (Hernia?).

Operation (18. Jan. 1892, Prof. Krönlein). Desinfection des Operationsfeldes, Chloroformnarkose. Ein Schnitt wird geführt in der Höhe des Tumors. Nach einigen Catgutunterbindungen erweist sich der Tumor als eine mit serösblutiger Flüssigkeit ausgefüllte Cyste. In dieser findet sich eine zweite etwas necrotisch aussehende Cyste. Der ganze Tumor sitzt stielförmig auf dem Ligamentum uteri rotund. Aufschneiden der Cyste, Abschnürung derselben und Abtragung. Seidennaht. Drainage und antiseptischer Occlusivverband.

Die Wunde heilte per primam und Patientin verliess das Spital am 29. Januar.

2. Fälle aus der Litteratur.

Im Anschluss an diese ausführlich beschriebenen Fälle mögen hier noch die aus der Litteratur schon bekannt gewordenen analogen Beobachtungen in Kürze zusammengestellt werden.

Die erste Erwähnung von serösen Cysten in der Inguinalgegend der Frauen, welche auf die Obliteration des Processus vaginalis peritonei bezogen werden können, findet sich bei Aetius.

Fall 1. **Aetius.** Contractæ ex veteribus medicinæ tetrabiblos, Sermo IV., Cap. C. Citirt bei **Ambroggio Bertrandi,** Opere 1786. Tom. II p. XIV.

„(Hernia aquosa mulierum): Hernia aquosa circa pudendi alas constitit, inflationi similis, debili ac molli tumore. Et quandoque alterutram, quandoque utramque partem occupat, ad contactum fluctuationis apparentiam quandoque exhibens. Primum itaque discutientia adhibeantur supra in viris ad hernias aquosas relata, præsertim in virginibus.“

Fall 2 und 3. Im Anschluss daran, erzählt **Bertrandi,** dass er zwei Mal solche Geschwülste gesehen habe: «Hanc (herniam aquosam) vidimus in scorto lue venerea laborante; atque iterum in puerpera, quæ uterum in iliacam regionem reclinatum gestaverat etc.....“ Bertrandi glaubt, dass durch diese Lage des Uterus, das Ligam. rotund. an seiner Fixationsstelle in der Schamgegend gezerrt und zerrissen werden könne und auf diese Weise die Ursache zur Bildung einer solchen Geschwulst gegeben werden könne. Die Frau kam nieder; drei Monate nachher entwickelte sich bei ihr in der Inguinalgegend ein Tumor, welcher einen Becher wässeriger mit Blutcoagulis gemischter Flüssigkeit enthielt. Die Geschwulst verschwand nach einigen Monaten, nachdem ganz klare Flüssigkeit (limpidissima aqua) aus ihr sich entleert hatte.

Fall 4. **Ambroise Paré** (Oeuvres complètes. Livre VII. c. XVIII. p. 267). „Comme ces jours passés, j'ai expérimenté en l'hydrocèle d'une fille âgée de six à sept ans, pour laquelle résoudre, ayant en vain expérimenté par un long temps tous les résolutifs que l'art m'avait enseignés, je fus enfin contraint de venir à l'ouverture pour donner issue à l'eau contenue, ensemble arracher et trancher la membrane qui contenait la dite eau.“

Fall 5. **Félix Plater.** (Praxeos medicæ opus 1656 T III Cap. III De extuberantia p. 201). Nachdem er über die Hydrocele des Mannes gesprochen hat, finden wir weiter erwähnt den „tumor aquosus inguinis in mulieribus: In inguine mulierum, aliquando tumor quidam aquosus colligitur.... atque uti hydrocele in scroto, sic hic tumor in inguine prominet“. Bei der Besprechung der „causæ extuberantiæ“ (p. 246) erwähnt Plater als prædisponirendes Moment: die Relaxation des „foramen per quod vas quoddam ab utero deductum, extra peritonæum in pubem desertur“, so dass die „aqua, quæ prius in abdomine congeratur“, sich senken kann. Die häufigste Gelegenheitsursache sollte ein „conatus vehemens in partu“ sein.

Fall 6. **Desault** (Journal de Chirurgie, Tome 1. p. 251, 1791. Citirt bei Rabère, Thèse de Paris, 1883. p. 43).

Bei einem 12jährigen Mädchen bestand seit mehreren Jahren ein stetig wachsender, weicher, beweglicher, transparenter, fluctuirender Tumor, der sich auf der rechten Seite vom äusseren Leistenring gegen die grosse Schamlippe erstreckte. Derselbe war schmerzlos, Hühnereigross, die Haut darüber unverändert; beim Schreien und Husten schien er sich zu vergrössern und herabzusteigen; ein kleiner Theil der Geschwulst liess sich reponiren. Zog man die Geschwulst vom Leistenringe ab, so liess sich zwischen Leistenring und Tumor die Fingerspitze einlegen und so den Nachweis geben, dass die Geschwulst mit der Bauchhöhle nicht in Verbindung stand. Es wurde eine Hydrocele diagnosticirt und bei der Incision entleerten sich zwei oder drei Unzen seröser Flüssigkeit. Der Sack wurde exstipirt mit Ausnahme des Grundes desselben. Hinter diesen trat während der Operation eine nussgrosse leicht reponible Hernie vor. (Citirt nach Wechselmann, Langenbeck's Archiv. Bd. 40. Fall Nr. 5).

Fall 7. **Lallement.** Mém. d. l. Soc. d'émulation. Paris I III p. 321. Rapp. ds. le Dict. des sciences méd. 1879 T. 31 p. 198.

Eine 50jährige Frau hatte seit 15 Jahren in der Leistengegend, beiderseits, eine ovale, nicht transparente Geschwulst. Die beiden Tumoren waren gleich gross, stiegen bis in die grossen Labien herab, waren weich leicht reponibel. An der rechtsseitigen Geschwulst war, zwar schwer, etwas Fluctuation zu constatiren. Die Leistenringe waren stark dilatirt; nach geschehener Reposition, erschien die rechtsseitige Geschwulst viel rascher als die linksseitige wieder (la tumeur s'échappait avec la rapidité d'un fluide). Lallement stellte die Diagnose auf eine Hernie links und eine Cyste rechts. — Die Frau starb bald an Scorbut. Bei der Section fand man links eine $1^1/_2$ Unzen seröse Flüssigkeit enthaltende Cyste, die aus einem inneren, im kleinen Becken und dem Abdomen gelegenen, zwei Querfinger tiefen Abschnitte bestand, der durch eine Verengerung mit dem äusseren Abschnitte der Cyste verbunden war. Die rechtsseitige Geschwulst war gegen das Erwarten von L. eine Hernie. Die Cystenwand war nach vorne sehr dick, und im Gegentheil nach innen sehr dünn, was explicirt warum die Geschwulst nicht transparent und die Diagnose nicht richtig gestellt wurde.

Fall 8. **Cairoli.** (Scarpa. Opusc. di chir Vol I. p. 153. Pavie 1825, übersetzt von Thieme 1828 I Th. S. 66). Balgwasserbruch des runden Mutterbandes: Eine 34jährige Frau hatte seit 15 Jahren eine Geschwulst in der linken grossen Schamlippe, „welche in der zelligen Hülle, die das Lig. ut. rotund. ausserhalb des Bruches begleitet, entstanden war". Den Anfang hatte ein kleiner, weicher, nachgiebiger „Tuberkel" gemacht, der sich schmerzlos unter dem obersten Theile der linken Schamlefze befunden hatte, und allmählig zu der unmässigen Dicke eines Kindskopfes von 9 Mon. gewachsen war, 14 Zoll im Umfange. Der Tumor war birnförmig, gleichmässig nachgiebig, elastisch, schmerzlos und transparent. Sein Scheitel (Stiel) überschritt nicht die Dicke eines Daumens. Die Ausschalung der Geschwulst geschieht leicht; sie wurde am Scheitel, in der Nähe des Can. inguin., abgetragen. Inhalt: 43 Unzen seröser Flüssigkeit.

Fall 9. **Flaubert** (ebendaselbst S. 80) beschreibt in seiner Thèse (Rouen 1825) einen ähnlichen Fall: Eine 50jährige Spinnerin, die seit vielen Jahren eine kleine „Leistenhernie" hatte, die immer vorlag und durch kein Bruchband zurückgehalten wurde, war rücklings eine Treppe herabgefallen. Nach dem Falle schwoll die kleine Hernie bedeutend und verursachte Schmerzen, Uebelkeit, aber kein Erbrechen. Da die Schmerzen in der Geschwulst immer zunahmen und Fl. eine Darmulceration befürchtete, entschloss er sich nach 3 Tagen zu operiren. Er fand einen mässig gespannten Sack, von blauer Farbe, der gespalten in seiner Höhlung durchaus von coagulirtem Blute erfüllt erschien, aber keine Intestina enthielt. Nach Entfernung aller Coagula fühlte Fl. den Inguinalring frei, weder eine Darmschlinge noch Netzpartie enthaltend. Ob eine freie Communication mit der Bauchhöhle bestand, ist nicht angegeben. Heilung.

Fall 10. **Sacchi.** Froriep's Notizen, Bd. 31, S. 235, übers. aus Annal. univ. d. med. V. 57. Fasc. 171. 1831. p. 437. Citirt nach Wechselmann, Langenbeck's Arch. Bd. 40. Fall Nr. 10). Ein 60jähriges Dienstmädchen wurde wegen einer grossen Geschwulst in der rechten oberen Leistengegend, welche in der Richtung des Leistencanals gegen die grosse Labie verlief, von cylindrischer Gestalt, indolent, elastisch war in's Spital gebracht. Die Geschwulst war bei dem Mädchen vor 29 Jahren bei seiner ersten Niederkunft zuerst zum Vorschein gekommen und zwar mit lebhaften Schmerzen. Die Geschwulst liess sich anfangs reponiren und wurde durch ein Bruchband leicht vollständig zurückgehalten, bis vor 2 Jahren ein Theil der Geschwulst irreponibel wurde. Als die Patientin mit einer Last eine Treppe heraufstieg, empfand sie mit einem Male, dass der „Bruch" noch mehr hervorträte und, da weder sie noch der herbeigerufene Arzt den Bruch zurückbringen konnte, liess sich die Patientin in's Spital schaffen. — Die Kranke erbrach von Zeit zu Zeit übelriechende Substanzen; seit einem Tage war der Stuhlgang angehalten; der Unterleib ist weich und ohne Schmerzen, auch bei Druck. Es wurde eine eingeklemmte Hernie angenommen und zur Operation geschritten. Bei der schichtweisen Præparation wurde eine glatte, weisse, dicke Membran blossgelegt, aus deren Oeffnung sich eine Menge gelblichen Serums ergoss. Die Höhle, welche dieses Serum enthielt, war vollkommen geschlossen. Der Sack adhærirte mit dem Rest eines Ligaments, welches sich in der Richtung des Längsdurchmessers der Geschwulst fortsetzte. Die Ausleerung der Flüssigkeit brachte fast die ganze Geschwulst zum Verschwinden bis auf eine Portion, welche im unteren Theile der Leistenfalte sass und einige Tage später als Schenkelhernie erkannt wurde. Noch am selben Abend erfolgte Stuhlgang, das Erbrechen hörte auf. Heilung.

Fall 11. **Regnoli.** (Arch. gén. de Méd. II. Sér. Tome V. S. 128). Bei einem 11jährigen robusten Mädchen entstand ohne nachweisbare Ursache in der linken Inguinalgegend eine Geschwulst, welche sehr schnell und ohne Beschwerden zu verursachen an Volume zunahm. Patientin wurde in die Klinik aufgenommen (17. Juli 1832). R. versuchte vergeblich die Reposition des Tumors. Derselbe war durch Hustenstösse etc. nicht beeinflusst, er war nicht schmerzhaft, weich, elastisch, oval, transparent und sass zwischen dem Can. inguin. und der grossen linken Labie. Die Diagnose wurde auf einer Hydrocele lig. ut. rotund. gestellt. Freilegung der Cyste, Eröffnung derselben. Es entleeren sich aus derselben 3—4 Unzen klarer Flüssigkeit. Der Finger dringt sehr leicht in den Annulus ing. ext. und in den Leistencanal, wo sich noch 2 haselnussgrosse transparente Vesikeln fanden, welche mit der Scheere abgetragen wurden. Der Sack liess sich isoliren und wurde bis auf den Theil, der im Can. inguin eingeschlossen war, und dem Lig. rotund adhærirte, exstipirt. Charpieverband. Vollständige Heilung der Wunde nach 3 Wochen.

Fall 12. **Palletta.** (Actes de l'Institut italien T. I. p. 101. Rap. Archives générales de Méd. IIe Sér. Tome V. p. 118). Es handelte sich

um eine wahnsinnige Frau, welche eine Geschwulst trug in der linken Leistengegend. Der Tumor war oval, glatt, fast nicht schmerzhaft, gespannt und fluctuirend. Er lag schräg über der linken Leiste und endigte in der grossen Labie der gleichen Seite. Einige Monate vorher (1794), sollte sich an der gleichen Stelle eine haselnussgrosse Geschwulst gezeigt haben, welche leicht reponirt wurde. So glaubte man mit einer Hernie zu thun gehabt haben. — Die Geschwulst wurde eingeschnitten und es floss daraus eine grosse Menge gelblicher Flüssigkeit ab. Mit dem Finger könnte man den Can. inguin. sehr erweitert finden und es wäre sehr leicht gewesen bis in die Bauchhöhle zu dringen. Der Sack wurde mit Charpie ausgefüllt. Vollständige Heilung nach kurzer Zeit.

Fall 13. **Palletta.** (Ebendaselbst S. 119). Eine 45jährige Frau hatte im oberen Theile der linken grossen Labie eine beinahe faustgrosse Geschwulst, „welche in Folge eines acuten Fiebers, langsam an Volum zugenommen hatte". Die Dicke der Cystenwand erlaubte nicht Fluctuation wahrzunehmen. „Der Tumor wurde in der Richtung seiner Längsaxe geöffnet und es floss daraus eine grosse Menge seröser Flüssigkeit ab. Die innere Fläche der Cavität der Geschwulst war von einer dicken Membran ausgekleidet, welche man von den umgebenden Theilen leicht trennen konnte, und welche in der Nähe des Leistenringes zerschnitten wurde. Hier begegnete das Instrument einem kleinen harten Körper, dessen Zerschneidung der Patientin viele Schmerzen verursachte. Die partielle Ausschneidung dieser ligamentösen Lage verstattete alsdann, den Leistenring zu erkennen, in welchen man die Spitze des Fingers einführen konnte; auch erkannte man jetzt, dass dieser harte Körper nichts anderes sei, als die übrige Portion des Lig. rotund. In den folgenden Tagen trat öfters Erbrechen ein; eine schmerzhafte Stockungsgeschwulst entwickelte sich in der Leistengegend und am Ende des zerschnittenen runden Bandes entstand eine harte und abgerundete Auftreibung. „Alle diese Symptome verschwanden, als die Suppuration sich einstellte"; dieselbe dauerte lange Zeit, doch wurde die Heilung eine complete.

Fall 14. **Gayraud.** De l'hydrocèle chez la femme. Gaz. hebd. des sciences méd. de Montpellier 1838. Nr. 6. (Enthält keine Casuistik).

Fall 15. **A. Polandt.** Report of cases of hernia, in Guy's Hosp. Reports, Ser. 2, Vol. I. 1843 p. 171, übersetzt in der Prag. Vierteljahrschr., II. Jahrg., 1845, S. 125 (citirt nach Wechselmann Fall 12).

Eine 26 Jahre alte, zart gebaute, seit 3 J. verheirathete Frau, Mutter zweier Kinder, bemerkte einige Zeit vor ihrer Verehelichung in einer der Leistengegenden eine Geschwulst, die von selbst wieder verschwand. Vor einem Monat kam die Geschwulst wieder zum Vorschein und vergrösserte sich seither, besonders nach Anstrengungen, fortwährend. Die Geschwulst schien vom äusseren Bauchringe zu beginnen, sich bis zur Schamlippe fortzusetzen, liess sich in den Canal wohl zurückdrängen, aber nicht vollkommen, schien mit der Bauchhöhle in keiner directen Verbindung zu

stehen, hatte nach Angabe der Patientin eine wechselnde Grösse und wurde nach Anstrengungen schmerzhaft. Bei der Rückenlage verringerte sie sich nur sehr wenig, sie war etwas weich und bei der Berührung glaubte man es mit einer mit Flüssigkeit gefüllten, dem Lig. rotund. anhängenden Cyste zu thun zu haben. Erscheinungen eines Bruches waren nie vorhanden. Nach Jodeinspritzungen verkleinerte sich die Geschwulst beträchtlich und Patientin verliess nach einigen Tagen das Spital.

Fall 16. **Macdonell.** London medical Gazette, 1849, p. 1052. (Citirt nach Wechselmann, Fall 13).

Eine 36jährige Frau hatte 3 Jahre vor ihrer Vorstellung nach einer Reise auf schlechten Wegen 14 Tage lang an Erbrechen gelitten und nachdem dies aufgehört hatte, hatte sie im linken Lab. einen Tumor bemerkt, den sie für einen Bruch ansah. Derselbe war langsam und ohne Beschwerden zu verursachen gewachsen. Die Regel hatte seit Jahren aufgehört; schwanger war Patientin nur einmal gewesen, hatte aber abortirt. Der gänseeigrosse Tumor, der matten Percussionsschall gab und irreponibel war, entsandte einen 2 Zoll langen Fortsatz längs der Vaginalwand; er entleerte bei der Punction eine dunkelolivfarbige Flüssigkeit und nach Erweiterung der Oeffnung ein grosses Trinkglas voll einer dicken, milchigen Flüssigkeit, die microscopisch Eiterkörperchen und Epithelschuppen zeigte. Aetzung des Sackes mit Argent. nitric. — Heilung.

Fall 17. **Teale.** The Medical Times and Gazette. 1853, Juli 30, p. 113. (Citirt nach Wechselmann. Fall 15).

Bei einer 55jährigen verheiratheten Frau, bei der die Menses seit 3—4 Jahren aufgehört hatten, fand sich in der rechten Inguinalgegend eine sanduhrförmige fluctuirende Geschwulst, die bis zwischen die Schenkel herabhing. Die Geschwulst war zuerst vor einem Jahre entdeckt und war seitdem langsam und ohne Beschwerden zu verursachen gewachsen. Sie enthielt 3 Pinten einer Flüssigkeit, die in ihrer Farbe Thee mit Milch gemischt glich, von säuerlichem, an Buttermilch erinnernden Geruch und von 1026 spec. Gew. war. Reaction leicht sauer, beim Kochen mit Liq. potassæ gerann sie nicht. Microscopisch zeigte sie viel Fettkügelchen. Besserung auf Injection von Tinct. Jodi und Spirit. vini rectificat.

Fall 18 und 19. **Stanley und Skey.** Medic. Times a. Gaz. 1854, Dec. 16, p. 616 (citirt nach Wechselmann, Fälle 16 und 17).

Stanley und Skey erwähnen zwei solcher Cysten bei zwei Frauen, von denen eine rechts und eine links ihren Sitz hatte.

Fall 20. **Flemming** (Gaz. des Hôpitaux. 1855. Nr. 31) beobachtete bei einer etwa 31jährigen Frau, Mutter von 4 Kindern, einen fluctuirenden hühnereigrossen, undeutlich transparenten Tumor, der dumpfen Percussionsschall gab und in horizontaler Lage verschwand. Er bestand seit circa $^1/_2$ Jahr. Durch Punction werden 6—8 Unzen seröser Flüssigkeit entleert. Heilung auf Injection von Tinct. Jodi. (Citirt nach Wechselmann, Fall 18).

Fall 21. **Ancelon** (Gaz. des hôp. 1856, Nr. 26, p. 102) beobachtete bei einer 59jährigen Frau, die in der Epoche ihrer Menopause war, die Entstehung eines schmerzlosen Tumors der einen grossen Lab. im Anschluss an eine ausgedehnte Hautentzündung der Schamgegend. Die Haut über dem Tumor war unverändert, dieser selbst von 9 Ctm. Höhe und 6 Ctm. Umfang, obgleich er, einige Monate vorher, durch Incision entleert worden war. Zwei im Laufe eines Monats vorgenommenen Punctionen mit nachfolgender Injection von Jodtinctur hatten den Erfolg, dass die alte Narbe an mehreren Punkten aufbrach und sich mehrere Fisteln bildeten. Ueber den Schlusserfolg ist nichts berichtet. (Citirt nach Wechselmann, Fall 19).

Fall 22. **E. Chassaignac.** (Rev. méd. chir. Mai 1855. — Réf. Schmidt's Jahrb. 1856 Bd. I, S. 80). Es handelt sich um eine 29jährige Wäscherin, die in ihrem 15. Jahre eine Hernie bekommen hatte, die durch ein Bruchband zurückgehalten worden war und nie Beschwerden verursacht hatte. Patientin kam im April 1853, von Schmerzen in der Leistengegend seit einigen Tagen gequält, in das Krankenhaus. In der rechten Schamlippe fand sich eine orangengrosse, mit gerötheter Haut bedeckte, bei der Berührung schmerzhafte Geschwulst, die sich deutlich in den Inguinalcanal verlängerte. Aufstossen, Erbrechen waren nicht vorhanden; Patientin ging zu Stuhle und wurde nur zeitweilig von Fieberbewegungen ergriffen. Da die Schmerzen sich vermehrten, so beschloss C., die Geschwulst frei zu legen. Nach einem fast vertikalen Hautschnitt und einigen Messerzügen im Unterhautzellgewebe, drang das Messer am unteren Theile der vorliegenden fluctuirenden Geschwulst zufällig ein; es quoll etwas trübes Serum hervor, dann folgte aber flockiger Eiter; die Incision wurde erweitert, zeigte eine dickwandige Höhlung. Am oberen Theile des Sackes befand sich eine kleinere fluctuirende Geschwulst, die punctirt blos gelbliches Serum abfliessen liess und nach Spaltung eine getrennte Höhle mit vorderer dünnerer Wand ergab. Beide Höhlungen waren vollkommen geschlossen, der stielförmige Fortsatz der Säcke, der sich in den Inguinalcanal verlängerte, war durchaus obliterirt. Die Wunde heilte nach 4 Wochen.

Fall 23. **E. Chassaignac.** (Schmidt's Jahrb. 1856, I. S. 81. Réf. a. d. Rev. méd. chir. Mai 1855). Eine 71jährige Frau war seit 15 J. mit einem kleinen, irreponiblen Leistenbruche behaftet, welcher unter heftigen Anfällen von Husten sich vergrössert hatte und sehr schmerzhaft geworden war. Die mehrfach vorgenommenen Repositionsversuche hatten keinen Erfolg gehabt, die Geschwulst war uneben, nicht hart und gespannt, eigross, schmerzte beim Druck und verlängerte sich in den Inguinalcanal. Patientin war seit 5 Tagen nicht zu Stuhl gewesen, erschien hinfällig, liess aber sonst keine Zeichen von Brucheinklemmung wahrnehmen. C. schritt zur Herniotomie. Nach dem Hautschnitte wurde die vordere Wand der Bruchgeschwulst freigelegt, sie erschien hügelig, weich und beim Druck fühlte man etwas Fluctuation, es schien, als ob sich Netz im Bruchsacke befände. Nach Spaltung der vorderen Bruchsackwand floss etwas röthliches Serum

ab. Der Bruchsack war leer und man konnte den Finger durch den Bruchsackhals und Inguinalcanal in die Bauchhöhle einführen. Die Wandungen des Bruchsackes waren sehr dick und zwischen den Lamellen derselben lagen einzelne Blutcoagula. Nachdem C. den Bruchsackhals gelöst hatte, legte er eine Ligatur um denselben und excidirte den Bruchsack unterhalb derselben. Nach 3 Tagen entwickelte sich in der linken Leistengegend eine erysipelatöse Entzündung; die Wunde behielt dabei ein gutes Aussehen. Patientin starb am 5. Tage nach der Operation.

Fall 24. **H. Lee** (Lancet, 5. September 1857, 248, citirt bei Rabère p. 47) fand bei einer jungen verheiratheten Frau im Niveau des Lig. rotund. der rechten Seite einen abgegrenzten Tumor, der ziemlich lebhafte Schmerzen im Abdom. verursachte. Der Tumor war irreponibel, gab beim Husten keinen Anprall, fühlte sich so weich an wie Netz; er bestand seit etwa 12 Mon., ohne je irgend welche Beschwerden verursacht zu haben. Bei der Incision wurde eine mit klarem Serum gefüllte Cyste eröffnet; der Schmerz im Abdom. verschwand. (Citirt nach Wechselmann, Fall 23).

Fall 25. **Brochon.** (Essai sur l'hydrocèle dartoïque chez la femme. Thèse de Paris 1858. Nr. 172). Eine 39jährige Frau, Mutter mehrerer Kinder, bemerkte vor 6 Jahren nach einer heftigen Anstrengung im oberen Theile der linken grossen Labie eine hühnereigrosse Geschwulst, die sich reponiren liess. Der Tumor wuchs langsam. Vor 3 Mon. wurde der Pat. ein Bruchband verordnet. Seit etwa 4 Wochen lässt sich der Tumor nicht mehr reponiren. Der eiförmige, deutlich fluctuirende, nicht transparente und nicht druckempfindliche Tumor erstreckt sich vom äusseren Leistenring nach der Schamlippe und hängt zwischen den Schenkeln herab; seine Länge beträgt 20 Ctm., sein Umfang in der Mitte 30 Ctm. Beim Husten fühlt man keinen Anprall. Die Punction ergibt 800 Gr. einer dem Hydroceleninhalte des Mannes analogen Flüssigkeit. Trotz Injection von Jodtinctur füllt sich der Sack in 2 Wochen wieder und wird bis auf den im Leistencanal sitzenden Blindsack exstipirt. Heilung. (Citirt nach Wechselmann, Fall 25).

Fall 26. **Spencer Wells.** (Medical Times and Gazette 1859, I. p. 10. Citirt nach Wechselmann, Fall 26). Eine orangengrosse Cyste (Hydrocele des Lig. rotund.), die mehrere Jahre bestanden hatte, entleerte bei der Punction mehr als eine Unze Serum, füllte sich aber nach einigen Tagen wieder. Nach Einführung eines Eisendrahtes trat adhäsive Entzündung und Heilung ein.

Fall 27. **Kuhn** (Gaz. méd. de Paris. 1859. 3. Sér. Tome XIV. p. 797; citirt bei Darvieu. S. 27 cf. Nr. 29). Eine 43jährige Frau wurde Ende Januar 1859 zum ersten Male schwanger. Anfangs Februar stellte sich plötzlich unter heftigen, krampfartigen Unterleibsschmerzen in der linken Leistengegend eine hühnereigrosse Geschwulst ein; ein Bruchband vermochte die Geschwulst nicht zurückzuhalten, welche häufig der Sitz krampfartiger Schmerzen war; auch war die Patientin oft verstopft. Am 25. Oct.

kam die Frau nieder, ohne dass die Geburt irgend welchen Einfluss auf die Geschwulst gehabt hätte. Am 4. Tage des Wochenbettes jedoch kam es plötzlich, indem der Bruch auf das Doppelte anschwoll, zu einer Darmeinklemmung. Bei der vorgenommenen Herniotomie wurde zunächst ein Sack geöffnet, welcher ein halbes Trinkglas Serum entleerte, aber völlig abgeschlossen war und keinen Darm enthielt. Erst nachdem ein zweiter, aus dem Leistencanal hervortretender Sack, der wahre Bruchsack, geöffnet war, gelangte man zum eingeklemmten Darm, der ohne Mühe reponirt wurde. (Citirt nach Wechselmann, Fall 24).

Fall 28. **Lecat** (citirt bei Duplay: Des collections séreuses etc. Thèse de Paris 1865, Nr. 35, p. 22) fand an der Leiche einer 46jährigen Frau den Divertic. Nuckii von der Dicke einer Gänsefeder, dessen vor dem Leistenring gelegener Theil eine Blase von Fingergrösse darstellte, die mit wässeriger Flüssigkeit gefüllt war. (Wechselmann, Fall 14).

Fall 29. **de Darvieu.** (A. a. O. S. 40. Citirt nach Wechselmann, Fall 30). Eine 42jährige Frau hatte vor 20 J. beim Heben einer Last das Auftreten einer nussgrossen Geschwulst, die sich vom rechten äusseren Leistenringe in die grosse Schamlippe dieser Seite erstreckte, bemerkt. Der Tumor liess sich leicht reponiren, trat aber bei der leichtesten Anstrengung wieder vor. Anfangs wurde er durch ein Bruchband leicht zurückgehalten, seit 10 Jahren jedoch war dies nicht mehr möglich, obgleich der Tumor im Liegen verschwand; auch begann er langsam zu wachsen. — Bei der Aufnahme zeigte sich die Geschwulst elastisch, transparent, birnförmig mit einem engeren Stiel, der sich durch den erweiterten Leistencanal fortzusetzen scheint, und kein Eingeweide enthält. Durch Compression lässt sich die Geschwulst langsam zum Verschwinden bringen. Wenn die Patientin jedoch sich erhebt, erscheint sie trotz angelegten Bruchbandes wieder, indem sie sich vom Grunde der grossen Schamlippe gegen den Leistencanal hin erhebt. Es befindet sich auch hier, wie sich bei der Operation zeigte, ein 1 Mm. dicker Bindegewebssack über dem dünnen serösen Sack, welcher von seinem Stiel am äusseren Leistenringe abgetragen wird. Die beiden Säcke sind mit einander nur durch wenige schwache Stränge verwachsen. Der Tumor ist 14 Ctm. lang und hat 8 Ctm. Durchmesser in seiner weiten Partie. Der Tumor zeigt vor dem Leistenringe eine Einschnürung. Der Stiel, der sich durch den Leistencanal erstreckt, lässt den kleinen Finger in die Bauchhöhle eindringen. Spuren des Lig. rotund. sind nirgends am Tumor und seinem Stiele zu finden. Der microscopische Bau und der Inhalt des Tumors gleichen denen des nächsten Falles. Patientin starb 48 Stunden nach der Operation an acuter Peritonitis.

Fall 30. **de Darvieu.** (Des tumeurs de la gr. lèvre impropr. appelées hydrocèle de la femme. Thèse de Montpellier 1867, p. 32. Wechselmann, Fall 29). Eine 35jährige Frau hatte seit 10—12 Jahren in der linken grossen Lab. einen Tumor, der sich durch ein Bruchband leicht zurückhalten liess. Vor einigen Monaten wuchs der Tumor und liess sich nicht

mehr zurückbringen; in den letzten Tagen ist er schmerzhaft geworden, die Patientin bricht, auf Taxisversuche hört das Erbrechen auf, ohne dass sich an der Geschwulst irgend was ändert. Diese ist birnförmig, erstreckt sich vom äusseren Leistenringe gegen das hintere Drittel der grossen Schamlippe hin; sie fluctuirt, ist transparent und irreponibel. Durch Husten wird ihr Volumen nicht vermehrt und durch Compression nicht verkleinert. Die Haut darüber ist unverändert und leicht verschieblich. Patientin starb wenige Tage später an Phthise. — Es fand sich ein eiförmiger, 9 Ctm. langer, 7 Ctm. breiter Sack, der sich von der grossen Schamlippe zum Leistencanal erstreckte, durch welchen er einen engeren Fortsatz entsandte. In der oberen Partie dieses Sackes, nahe an seinem Stiele, befand sich ein zweiter, mit dem ersten communicirender kleiner Sack. Von der Bauchhöhle aus sah man, wie das Periton. sich in den Leistencanal fortsetzte und denselben durchlief. Im Niveau des äusseren Leistenringes schwoll der Peritonealfortsatz, welcher sich bis dahin immer mehr verengert hatte, plötzlich an, um den Sack zu bilden, für den er, in der Länge des Inguinalcanals, einen hohlen Stiel gebildet hatte. Die Oeffnung des Stieles am inneren Leistenringe liess den Finger eindringen, am äusseren Leistenringe jedoch, wo das Bruchband gesessen hatte, war dieser Canal völlig obliterirt. Das Lig. rotund. theilt sich im oberen Abschnitte des Leistencanals in Bündel, von denen ein Theil am Os pubis, ein Theil auf der hinteren Seite des Sackes sich befestigte; der Rest breitete sich auf der äusseren Fläche des oberen Theiles des Sackes aus, wo er sich verlor. — Microscopisch bestand der Sack aus einer Lage von Bindegewebs und elastischen Fasern, die nach innen mit einem Pflasterepithel bedeckt war. Der Inhalt wurde gebildet von einer durchsichtigen, nicht fadenziehenden, eiweissreichen Flüssigkeit.

Fall 31. **Bennet.** (Reports of the Dublin pathological Society. Dublin Quarterly-Journal Vol. XLVI 1868, August und November, p. 236 (Wechselmann, Fall 27) bezeichnet als „encysted hydrocele" ein Präparat, das ausser der Hauptcyste, noch eine zweite, oberhalb gelegene, kirschgrosse Cyste in der Umgebung des Lig. rotund. zeigte.

Fall 32. **Hennig.** (Die Cysten des runden Mutterbandes. Zeitschrift f. Med., Chir. u. Geb. 1868. VII. 6. p. 385. Ref. in Schmidt's Jahrbücher 1869. Vol. 141. p. 45).

Der von Hennig beobachtete Fall betrifft eine Wittwe von 42 Jahren, die 5 Mal geboren hatte. Die Geschwulst in der rechten Leiste pflegte mit dem Beginne der Menstruation, die immer zu früh eintrat, zu wachsen und war nach $1^1/_2$jährigem Bestehen von selbst verschwunden, erschien aber später wieder, obwohl die Menstruation $^1/_4$ Jahr lang aussetzte. Nach abermals 10 monatl. Bestehen war die fluctuirende Geschwulst 10 Ctm. lang, 6 Ctm. breit, citronenförmig und ragte mit einem rundlichen Fortsatze in den Leistenring hinauf. Mittelst Trokar wurden 50 Gramm leimiger braunröthlicher Flüssigkeit entleert, aus der sich helle Flöckchen (dendritische

Kalkstalactiten) absetzten. Fast 3 Mon. später, in welcher Zeit sich der Balg wieder gefüllt hatte, legte Hennig durch denselben einen doppelten Eisendraht, den er von aussen alle 3—4 Tage zusammenschnürte. Nach $1^1/_2$ Mon. berührten sich die Schenkel des Drahtes beinahe und er wurde entfernt; ein kurzer Fistelgang war übrig geblieben; trotzdem füllte sich der Balg 10 Tage darauf wieder, wurde jedoch durch öfteres Anlegen eines Leistenbruchbandes stets zum Verschwinden gebracht. Nach nochmaliger Oeffnung nach 3 Mon. wurde das Bruchband beständig liegen gelassen.

Fall 33. **Severi.** (Rivista clinica Nr. I, 1873, p. 14; citirt bei Rabère, Thèse de Paris 1883 Nr. 162 p. 48). Eine 20jährige Frau bemerkte vor 5 Jahren, dass sich bei ihr im oberen Theile der rechten grossen Schamlippe eine Geschwulst von Bohnengrösse entwickelte, die sich in der horizontalen Lage verkleinerte, ohne jedoch völlig zu verschwinden. Die Menses blieben regelmässig. — Bei der Untersuchung fand S. bei der Patientin, die, nachdem ein Chirurg vergeblich versucht hatte den Tumor zu reponiren, 5 Monate lang ein Bruchband getragen hatte, eine taubeneigrosse ovale Geschwulst, deren langer Durchmesser in der Axe der grossen Schamlippe verlief; die Haut war unverändert. (Nach heftigen Anstrengungen vergrösserte sich der Tumor zuweilen bis auf Hühnereigrösse, ohne jedoch irgend welche Beschwerden zu verursachen). Der Tumor zeigte oben eine Einschnürung und setzte sich mit einem Stiele in den äusseren Leistenring fort. Der Anprall der Eingeweide zeigte ein normales Verhalten. Die Geschwulst war glatt, von weicher Consistenz, die Fluctuation zweifelhaft, transparent. Die Punction ergab 3 Essl. einer gelblichen, klaren, geruchlosen, serösen Flüssigkeit. Nach einigen Stunden hatte sich der leere Sack wieder gefüllt. Nach nochmaliger Punction und Injection von Jodtinctur trat Heilung ein (Wechselmann, Fall 36).

Fall 34. **Osborn.** (Saint-Thomas' Hosp. Reports. Vol. VII, p. 108. 1876. Citirt bei Rabère p. 57). Eine 45jährige Frau, Mutter von 2 Kindern, hatte seit etwa 9 Jahren in der Gegend des linken Leistencanals einen Tumor von der Grösse einer Stachelbeere, der durch ein Bruchband zurückgehalten wurde. Seit 2 Jahren hatte er zu wachsen begonnen und war jetzt Dreinussgross, unempfindlich, gespannt, fluctuirend, irreponibel. Durch Punction werden 3 Unzen einer gelbröthlichen Flüssigkeit entleert. Heilung auf Injection von Jodtinctur.

Fall 35. **Litten und Virchow** (Virchow's Archiv, Bd. 75, 1879. S. 329 ff.) beobachteten einen Fall von Androgynie mit malignem, teratoidem Kystom des rechten Eierstockes bei einer 16jährigen Arbeiterin; man fühlte bei dieser Patientin, intra vitam, in der linken Scrotalfalte, ganz oben, einen härtlichen Körper von der Grösse und Form einer Mandel; einen eben solchen fühlte man in der rechten Seite am Ausgange des Leistencanals; von beiden liessen sich, nach dem Inguinalcanal zu, zwei strangartige Gebilde verfolgen, an denen die erstbeschriebenen Körper aufgehängt zu sein schienen. Während der Menstruation schwollen diese Körper an und wurden schmerzhaft. Bei der Section fand sich auf der linken Seite das Lig. rotund. sehr

verlängert und in einen glatten, gefässreichen Strang verwandelt. Da, wo es sich an die Bauchwand ansetzt, lag an seiner medialen Seite, durch einen scharfen Saum umgrenzt, eine trichterförmige, gegen den inneren Leistenring gerichtete, aber blind endigende Ausstülpung des Peritoneums. Nach Ablösung der äusseren Haut zeigte sich am äusseren Leistenringe zwischen den Schenkeln des Poupart'schen Bandes gleichfalls eine flache, kleinbohnengrosse, blasige Vorwölbung, welche eingeschnitten sich als ein abgeschlossener, in den Leistencanal hineinreichender, länglicher Sack von 2 Ctm. Länge zu erkennen gab. Der Inhalt desselben bestand aus einer geringen Menge einer klaren, bräunlichen Flüssigkeit; seine innere Oberfläche war im Allgemeinen glatt und dünn, jedoch nur an der hinteren Wand etwas vascularisirt. Eine directe Verbindung dieses Sackes mit der Bauchhöhle war nicht vorhanden; die Sonde gelangte sowohl von dem Sacke aus, als auch von der Ausstülpung des Bauchfelles aus an ein dünnes, gefässreiches Septum, welches sich leicht verschieben liess, aber doch einen vollkommenen Abschluss bildete.

Das Gebilde rechts erwies sich als eine Hämatocele. Sie bestand aus einer Wand von weisslichem, fibrösem Gewebe, die eine haselnussgrosse Höhle mit dickem, schmierigem Inhalte von graugelblicher, hie und da schmutzig-röthlicher oder bräunlicher Farbe bildete; der Stiel zeigt eine derbere, weisse Hülle, die einen 6 Ctm. langen engen Canal umschloss, der die Sonde bis zum inneren Leistenring vordringen liess, wo von innen her eine von einer scharfen Falte des Peritoneums umsäumte Einstülpung nach der Art des Proc. vag. periton. zu sehen war. Vom rechten Winkel des Fundus uteri trat eine Falte, welche in ihrem unteren Abschnitt einen derberen, offenbar dem Lig. ut. rotund. entsprechenden Strang einschloss, an die mediale Seite des inguinalen Blindsackes. (Citirt nach Wechselmann, Fall Nr. 32).

Fall 36. **Chiari.** (Allg. und spec. Chir. v. Pitha u. Billroth, Bd. IV, Abth. 1. Bandl, Krankheiten der Tuben, der Ligam. etc. S. 93). Eine 60 Jahre alte Frau bemerkte vor einem halben Jahre das Entstehen einer nussgrossen, auch beim Stehen leicht reponirbaren Geschwulst in der rechten Leistengegend, die sich plötzlich vor 3 Wochen auf Apfelgrösse ausdehnte und schmerzhaft wurde. Patientin erbrach täglich 2 Mal, hatte aber Stuhl. Bei Aufnahme in die Klinik (von Dumreicher) zog sich von der Gegend des rechten Leistencanals bis in die unteren Partien des Lab. pud. maj. eine keulenförmige Geschwulst von 7 Ctm. Länge, deren Breite oben 9 und unten 2—3 Ctm. betrug. Die Haut darüber war geschwellt und geröthet und an der am meisten hervorgewölbten Partie war der Percussionsschall tympanitisch. Nach schichtenweiser Eröffnung entleerte sich eine grosse Menge fauligen Eiters und Gas, und in der Tiefe gewahrte man einen nussgrossen Sack mit einer kleineren Oeffnung in seiner vorderen Wand, durch die man durch einen scheidenförmigen Fortsatz in die freie Bauchhöhle gelangen konnte.

Fall 37. In einem **zweiten Falle** bemerkte eine 45jährige Frau, die vor 21 Jahren einmal geboren hatte, vor 4 Jahren in der linken Inguinalgegend eine Geschwulst, die ohne besondere Veranlassung entstanden war und sich immer leicht reponiren liess. Wegen Schmerzen in der jetzt gänseeigrossen, im oberen Theile der linken Schamlippe liegenden Geschwulst und weil sie sich schon seit 14 Tagen nicht mehr reponiren liess, kam Pat. in die Klinik. Seit 2 Tagen sollte der Stuhl fehlen, doch kein Erbrechen vorhanden. Die Geschwulst ist ziemlich resistent und nur bei starkem Druck schmerzhaft. Die Percussion ergibt leeren Schall. Die Geschwulst ist von normaler, faltbarer Haut bedeckt und sendet einen kurzen Stiel zum Leistencanal. Repositionsversuche vergeblich, dagegen erfolgte auf Clysma ein Stuhl. Da sich Erbrechen einstellte, wurde operirt; man fand eine mit serösem Fluidum gefüllte, mit Nischen versehene, glattwandige Höhle, die einen 2 Ctm. langen, blind endigenden Gang zum Leistencanal schickte.

Fall 38. In einem **dritten Falle** enstand bei einer 44jährigen Frau, Mutter von vier Kindern, vor 6 Wochen beim Heben einer Last, eine taubeneigrosse Geschwulst in der rechten Leistengegend. Dieselbe machte 6 Wochen lang keine Beschwerden, dann wurde sie in Folge starken Hustens sehr schmerzhaft; Stuhl ist angehalten; es besteht Uebelkeit und Brechneigung, Puls klein und frequent. Die Geschwulst ist jetzt taubeneigross, in der rechten Schamlippe zu fühlen und ergibt leeren Percussionsschall. Wegen Befürchtung einer Incarceration wurde operirt; es zeigte sich ein länglicher Sack, der durch ein Dissepiment, dem eine äussere Furche entsprach, in eine obere und untere Partie getheilt war. Beide Theile enthielten gelbe eitrige Flüssigkeit und hatten eine schleimhautähnliche, sammtartige, zottige, stark injicirte Membran als Auskleidung. (Diese drei Fälle von Chiari wurden in den Wiener med. Blättern, 1879, Nr. 21 ff., publizirt. Es sind die Fälle Nr. 33, 34 und 35, von Wechselmann citirt.) Alle drei Frauen genasen.

Fall 39. **O. Aschenborn.** (v. Langenbeck's Archiv, Bd. 25, 1880). Frau P., 45 J. alt, hatte seit Jahren einen rechtsseitigen Leistenbruch, der durch ein Bruchband zurückgehalten wurde. In Folge des starken Hustens der hochgradig phthisischen Patientin war der Bruch am 12. Juli herausgetreten. Am Abend desselben Tages wurde er reponirt, doch blieb ein etwa haselnussgrosser Knoten irreponibel, derselbe trat immer sofort wieder heraus. Da die Patientin über heftige Leibschmerzen klagte und der Knoten durchaus nicht zurückzubringen war, wurde sie am 13. Juli nach Bethanien gebracht, wo sogleich die Herniotomie vorgenommen wurde. Der Bruchsack enthielt nur normal aussehendes Netz, das sich nach Einkerbung des Leistenringes leicht reponiren liess. Der Leistencanal war weit und enthielt nur die von aussen gefühlte, haselnussgrosse Geschwulst. Diese wurde freigelegt und erwies sich als eine dickwandige Cyste mit klarem Inhalte, die vom runden Mutterbande ausging. Dieselbe wurde abgebunden und sodann exstipirt. Unter antisept. Verbande verklebte die Wunde sehr

schön. Patientin erlag aber nach 4 Tagen an Phthise. Section wurde nicht gestattet.

Fall 40. **Theilhaber.** (Albert, Chirurgie, Bd. III, S. 219). Bei einer kräftigen Frau von 42 J., die früher keinen Bruch hatte, fand sich in der rechten grossen Labie, bis zum Leistencanal hinauf eine gänseeigrosse, kaum schmerzhafte Geschwulst, die 3 Wochen früher entstanden sein sollte. Die Geschwulst war nicht reponibel und kaum etwas schmerzhaft. Am anderen Tage trat Brechreiz auf, zugleich wurde auch der Unterleib schmerzhaft. Da der Stuhl seit 48 St. ausgeblieben war, wurde die Durchgängigkeit des Darmcanals geprüft. Clysmen und Ricinusöl bringen aber keine Defecation zu Wege. Am 3. Tage wird die Geschwulst sehr schmerzhaft und zwar allenthalben und schon bei leisem Druck; das Abdomen wird empfindlicher. Calomel und Clysma bringen keine Stuhlentleerung hervor. Es werden nun in der Narkose Repositionsversuche unternommen, aber erfolglos. Nachmittags wird zur Herniotomie geschritten und man findet einen Bruchsack, der nur trübe, flockige Flüssigkeit enthält, die offenbar von der schwach gerötheten Wandung secernirt worden war. Die geöffnete Höhle war durch Septa in fünf mit einander communicirende Hohlräume getrennt, in deren einem sich noch eine bohnengrosse, helles Serum enthaltende Cyste fand. Im Bruchsacke fand sich kein Eingeweide. Mit der Sonde gelangte man durch einen engen Canal in die Bauchhöhle. Schon am folgenden Tag war das Befinden normal und die Wunde heilte in kurzer Zeit.

Fall 41. **Cavagnio,** Vittorio. Gazzetta med. ital.-lombard, 1880, p. 21 (citirt nach Wechselmann, Fall 38). Eine 35jährige Virgo trägt in der linken grossen Labie eine Geschwulst, die seit 3 Jahren langsam, ohne Schmerzen zu verursachen, gewachsen ist und jetzt hühnereigross, fluctuirend, transparent, von normaler, leicht verschieblicher Haut bedeckt, gegen die Bauchhöhle abgeschlossen gefunden wird. Punction ergibt 58 Gr. einer klaren Flüssigkeit von 1012 spec. Gew. Die Flüssigkeit sammelt sich innerhalb 3 Monaten wieder an und auf eine neue Punction mit nachfolgender Injection von Jodtinctur vereiterte die Cyste. Bei der Eröffnung zeigte sich, dass die Cyste sich gegen den Leistencanal erstreckte, aber gegen die Bauchhöhle völlig abgeschlossen war. Heilung.

Fall 42. **Wile.** Hydrocele in the female. Amer. Journ. of obstetr. Vol. XIV, 1881, p. 584 ff. (citirt nach Wechselmann, Fall 40). Eine 44jährige Frau, Mutter eines Kindes, hatte im Jahre 1863 im 3. Monate der Schwangerschaft abortirt. Im Jahre darauf bemerkte sie zuerst in der rechten Schamlippe einen Tumor, der langsam, ohne Beschwerden zu verursachen, bis zur Grösse eines Hühnereies heranwuchs und sich nicht reponiren liess. Patientin abortirte in den Jahren 1865, 1869 und 1874 wiederum. Im März 1880 begann der Tumor plötzlich rapid zu wachsen. Es konnte Transparenz und durch die Probepunction ein seröser Inhalt der Geschwulst erwiesen werden. 4 Wochen später vereiterte der Sack (ohne

peritonit. Reizungserscheinungen zu machen) und wurde breit geöffnet. Heilung.

Fall 43. **Wile** (ebenda). 37jährige verheirathete Amerikanerin, Mutter von 4 Kindern, das jüngste $1^1/_2$ Jahre alt. Vor 8 Jahren schwere, durch Kunsthülfe vollendete Entbindung von einem $11^1/_2$ Pfund schweren Knaben. Nach dem Aufstehen bemerkt sie eine kleine Geschwulst im linken Labium, die von einem Arzte für einen Bruch erklärt und mit Bruchband behandelt wird. Die Geschwulst wuchs langsam, ohne jedoch irgend welche Beschwerden zu verursachen. Nach der Geburt des letzten Kindes wuchs die Geschwulst rapide. Der Versuch des Arztes, die angebliche Hernie zu reduciren, misslang. Wile fand nun eine hühnereigrosse fluctuirende Geschwulst, aus der er mit dem Aspirator $5^1/_2$ Unzen seröser Flüssigkeit entleerte und die auf eine Einspritzung von Tinct. Jodi in einigen Wochen völlig heilte. (Nach Wechselmann citirt, Fall 39).

Fall 44. **Bennet** (citirt bei Wile, a. a. O. S. 591) heilte eine solche Cyste, die seit 5 Jahren bei einer verheiratheten Frau bestand, nicht transparent war und für eine irreponible Hernie angesehen worden war, durch Eröffnung und Jodinjection. (Wechselmann, Fall 41).

Fall 45. **Barker** (citirt bei Wile a. a. O. S. 593) entleerte 12 Unzen Serum aus einer seit 2 Jahren bestehenden Cyste in der Leistengegend einer Frau mittelst des Troicart, worauf Heilung erfolgte (Wechselmann, Fall Nr. 42).

Fall 46. **Braun** (Lehrbuch der Gynäkol. 1881. S. 901) schälte bei einer Patientin eine gänseeigrosse elastische Geschwulst aus der rechten Schamlippe, welche vom Leistenring bis zur Mitte der Lippe sich ausbreitete, in 6 Ctm. weiter Excursion nach auf- und abwärts sich verschieben liess, ohne durch den Leistenring durchgeschoben werden zu können. Die Ausschälung gelang sehr leicht bis auf den im inneren Leistenring fixirten Stiel, der unterbunden wurde. Gleich nach Entstehung der Cyste mit klarem serösem Inhalte zog sich der Leistenring fingerhuttief zurück. Heilung. (Citirt nach Wechselmann, Fall 51).

Fall 47. **Ingersoll.** (Amer. Journ. of obstetr, 1882. S. 427. Citirt bei Rabère, p. 57. Wechselmann, Fall 44). Bei einer 22jährigen, im 2. Monat schwangeren Frau war vor 2 Jahren nach einer heftigen Anstrengung zur Zeit der Menses in der Leistengegend eine Geschwulst entstanden, die in den letzten beiden Wochen gewachsen war. Der Tumor war irreductibel, 4 Ctm. lang, erfüllt von transparenter Flüssigkeit und stellte eine Hydrocele des Lig. rotund. vor. Eröffnung mittelst Bistouri, wobei sich 75 Gramm seröser Flüssigkeit entleeren. Heilung nach Injection von 5 proc. Carbolsäurelösung.

Fall 48. **O. Niemann.** (Ueber den Proc. Vagin. perit. beim weibl. Geschlecht und die Cysten der weibl. Inguinalgegend. Inaug.-Dissertation. Göttingen 1882). Bei einer etwa 50jährigen Selbstmörderin zeigte sich in

der rechten Inguinalgegend eine aus dem äusseren Leistenringe hervorhängende, in ihrer Form einer frischen Feige ähnliche, weiche, fluctuirende Geschwulst von weisser Farbe, die sich von einem Stiele aus nach unten allmählig erweiterte. Sie misst in der Länge 3 Ctm., in ihrem grössten Umfange 8 Ctm. Eingeschnitten entleert sie eine milchige Flüssigkeit, in welcher zahlreiche Cholestearincrystalle, Myelin- und Fetttropfen und grosse runde, kernlose granulirte Zellen von 0,01 mm. Durchmesser, wahrscheinlich in Fettmetamorphose begriffene Epithelzellen, enthalten sind. Die Dicke der Wand beträgt nahe am Stiele etwa 3 mm. und nimmt nach unten bis auf 0,5 mm. ab. Von ihrer Oberfläche lassen sich Schichten lockeren Bindegewebes abtrennen; im übrigen besteht sie aus fest verwebten, mannigfaltig sich kreuzenden Bindegewebsbündeln mit eingestreuten organischen Muskelfasern, die der Länge der Geschwulst nach gerichtet sind, zwischen denen in den äusseren Schichten der Wand Züge ziemlich starker elastischer Fasern verlaufen. Die Innenfläche des Sackes ist glatt, nur an der Spitze, dem Ansatze des Stieles entsprechend höckerig. Der Stiel 1,5 Ctm. breit und 2 Ctm. lang, ist mit seinem medialen Rande, 5 Ctm. von der Symphysis oss. pub. entfernt. Er fühlt sich an, als bestände er aus mehreren Strängen mit weichem Zwischengewebe. An seiner lateralen Seite befindet sich ein kleines Fettträubchen. Aus dem äusseren Leistenringe hervortretend, durchsetzt er die Bauchwand in schräger Richtung, dem Verlaufe des Leistencanals folgend, von unten medial nach oben lateralwärts an der Aussenseite der Vasa epigastrica. Das Ligam. teres tritt hinter dem Stiele der Cyste und dem äusseren Leistenringe hervor; es wird von der Letzteren bedeckt, lässt sich aber leicht von ihr trennen. Auf der Innenfläche der Bauchwand, die vom Peritoneum bekleidet ist, sieht man da, wo das Ligam. teres die Bauchhöhle verlässt, drei Einstülpungen des Perit. etwa 5,0 Ctm. von einander entfernt, die ein mit der Spitze nach oben gerichtetes gleichseitiges Dreieck bilden. Die medialste umgibt das Ligam. teres, sie ist etwa 2 Ctm. tief und bildet einen wirklichen Processus vag. perit. Die laterale 1,5 Ctm. tief, die obere 0,7 Ctm. tief. Alle drei führen in den Stiel der Geschwulst, ohne jedoch mit derselben im Communication zu stehen.

Fall 49. **Earnest.** Two cases of hydrocele in the female. Amer. Journ. of obstetr. Vol. XV. 1882, p. 190. (Wechselmann, Fall 47). Eine 34jährige Frau, Mutter von 4 Kindern, hatte nach ihrer ersten Entbindung eine Geschwulst in der Leistengegend bekommen, die langsam gewachsen war, bis sie einen $2^1/_2$ Zoll langen, vom Leistencanal zum Lab. maj. reichenden, fluctuirenden, weichen Tumor bildete. Nach der letzten Niederkunft der Patientin wuchs der Tumor rapid auf gänseeigrösse an und machte Beschwerden. Aspiration und Injection von Jodtinctur. Heftige Entzündung. Heilung.

Fall 50. **Earnest.** (Ebenda). Eine 24jährige Frau hatte in ihrem ersten Wochenbette in der linken Leistengegend und grossen Labie eine in Form und Grösse einer Mandel gleichende Geschwulst bekommen. Zwei

Jahre darauf begann die Geschwulst in einer neuen Schwangerschaft der Patientin innerhalb einiger Wochen zu wachsen und Beschwerden zu machen. Bei der Untersuchung stellte der Tumor einen 3 Zoll langen, birnförmigen, gestielten, fluctuirenden Körper dar, der auf Einstich Flüssigkeit entleerte. Der Sack füllte sich wieder und wird wieder entleert. Nach der Niederkunft der Patientin wird der Sack, der sich wieder angefüllt hat, mittelst Aspiration entleert und Jodtinctur in ihn injicirt. Darauf trat Vereiterung des Sackes ein, der geöffnet werden musste. Heilung. (Wechselmann, Fall 46).

Fall 51. **Albert** (Allg. Wiener med. Zeitung, 1882, S. 196) stellte in seiner Klinik ein 23jähriges Mädchen vor mit einer länglichen Geschwulst in der rechten Leistengegend, die sich gegen das Lab. maj. derselben Seite hinzieht. Die Haut über der Geschwulst ist ohne Veränderungen. Die Geschwulst fluctuirt, zeigt dumpfen Percussionsschall, communicirt nicht mit der Bauchhöhle und zeigt Transparenz. Spaltung, antisept. Verband. (Wechselmann, Fall 48).

Fall 52. **J. Nicolaysen** (Klinische Mittheil. der Chir. Abth. A des Rigshosp. in Christiania. Ref. Centralblatt für Chir. 1883, S. 359). $4^1/_2$-jähriges Mädchen. Im Alter von etwas über 2 Jahren zeigte sich eine Geschwulst beider grossen Lab. Anfangs war die des rechten Lab. die grössere, in den letzten vier Monaten wurde diese aber kleiner und nahm die des anderen Lab. an Grösse zu. Die Krankheit war als doppelseitiger Leistenbruch angesehen und mit verschiedenen Bandagen behandelt worden. Es wurde auch bemerkt, dass sich die Geschwülste verkleinerten, wenn das Kind eine Zeit lang ruhig zu Bette lag. Beide Lab. maj. und Leistengegenden sind bedeutend vergrössert. Rechts fühlt man eine über taubeneigrosse, glatte, fluctuirende Geschwulst, die sich mit schmaler Verlängerung in den Leistencanal hinein erstreckt und am Ost. abdom. aufzuhören scheint. Darüber matter Percussionsschall. Innerhalb der Geschwulst fühlt man vom inneren Leistenringe her einen dünnen, runden Strang sich herab erstrecken, etwa bis zur Mitte der grossen Lab., um hier in flacherer Ausbreitung zu endigen. Die Geschwulst der linken Seite ist von Hühnereigrösse, ihr in den Leistencanal hineinreichender Fortsatz, ist etwas druckempfindlich und durchscheinend. Ein runder, etwas dickerer Strang ist auch hier innerhalb der Geschwulst zu fühlen; sein unteres, aufgefasertes Ende hat etwa die Grösse einer flachen Bohne. Geschlechtstheile normal. — Auf anhaltenden Druck geringe Verkleinerung der Geschwulst. Dann Entleerung von einem Esslöffel voll klarer hellgelber Flüssigkeit, die auf Kochen gerann, sonst aber nicht ganz dieselbe Reaction gab wie Flüssigkeit aus einer Hydrocele congenita bei Knaben. Da sich nach 8 Tagen die Geschwulst wieder gefüllt hatte, wurde nun, nach abermaliger Entleerung von 25—30. Flüssigkeit, linkerseits der Sack mit 3 % Carbollösung ausgespritzt bei Compression des Ost. abdom. Danach anfangs etwas Reaction mit Flüssigkeitsansammlung, doch war nach weiteren 8 Tagen das Lab. maj. fast auf

seine normale Grösse zurückgegangen; eine unbedeutende Vergrösserung beruht nur auf Verdickung des Sackes. Punction und Carbolinjection des rechten Sackes rief nur ganz unbedeutende Reaction hervor. Ein doppeltes Leistenbruchband soll nun die Wände comprimiren und feste Verwachsungen derselben zu Stande bringen.

Fall 53. **Kaarsberg** (Centralblatt für Gynäcol. 1883, S. 549). Eine 28jährige unverheirathete Bäuerin, Nullipara, bemerkt seit Jahren eine hühnereigrosse Geschwulst in der rechten grossen Lab., die sie aber nie behindert hat. Ohne äussere Veranlassung hat die Geschwulst vor drei Wochen zu wachsen angefangen; anfangs ohne Schmerzen zu machen, jetzt mit Schmerzen, Störung des Schlafes, Appetitlosigkeit, kein Fieber. Es findet sich die rechte grosse Lab. zu einer mehr wie kindskopfgrossen, glatten Geschwulst ausgedehnt, die sich mit einem dicken Stiel bis zum äusseren Leistenringe fortsetzt. Die Geschwulst ist prall elastisch, von gleichmässiger Consistenz; die Bedeckungen leicht verschiebbar, ohne Röthung der Haut; nach einer Incision zeigte sich die Geschwulst von einem Sack gebildet, der einen gallartigen Inhalt hatte und der durch einen hohlen Stiel mit der Bauchhöhle communicirte. Excision des Sackes nach Unterbindung des Stieles. Jodoformverband. Heilung. (Citirt nach Wechselmann, Fall 50).

Fall 54. **Madelung.** (Citirt nach Wechselmann, Fall 52). Eine 50jährige Frau wurde am 21. Juli 1885 in die chirurg. Klinik zu Rostock aufgenommen. Die sonst gesunde Frau, welche vor 8 Jahren einmal geboren hat, gibt an, dass sie vor etwa 20 Jahren in der linken Leistengegend eine wallnussgrosse Geschwulst bemerkt habe, die sich gebildet hat, nachdem Patientin sich „verhoben" hatte. Die Geschwulst machte keine Schmerzen und ging von selbst wieder weg. Vor etwa $^5/_4$ Jahren bemerkte Patientin in derselben Gegend eine Geschwulst, die plötzlich entstanden und bald hühnereigross war. Die Geschwulst macht mehr Unbehagen, wie Schmerzen; sie soll in ihrer Grösse wechseln, aber nie ganz zurückgehen. Störungen im Verdauungstractus sind nicht vorhanden. — Es zeigt sich jetzt in der linken Leistengegend ein kleinhühnereigrosser, glatter, eiförmiger, auf dem Knochen frei verschieblicher Tumor, der sich an einem kleinfingerdicken Stiel in den Leistencanal fortsetzt; der Tumor fluctuirt und ist schlaff. Er lässt sich leicht herausschälen und sitzt am Ligam. rotund. in der Gegend des Leistencanals fest. Jodoformverband. Heilung per primam.

Fall 55. **Thelen.** (W. Bergmann, Ueber Hydrocele feminæ. Inaug.-Dissert. Bonn, 1887). Eine 32jährige ledige Frau bemerkt seit $1^1/_2$ Jahren in der grossen linken Schamlippe eine langsam wachsende Geschwulst, die Beschwerden beim Uriniren und Schmerzen, welche in die linke Seite ausstrahlten, verursachte. Es wurde 8 Mal die Punction vorgenommen; die Geschwulst füllte sich aber immer wieder. Dann wurde die taubeneigrosse, elastische, fluctuirende, irreponible Geschwulst, die leeren Percussionsschall ergab, exstipirt. Sie hing in der Gegend des Leistencanals an einem

bindegewebigen Stiele. Ob Communication mit der Bauchhöhle bestand, wurde wegen einer auftretenden Blutung nicht constatirt. Der Inhalt war colloidartig. Jodoformverband. Heilung unter Eiterung. (Wechselmann, Fall 56).

Fall 56. **Trendelenburg.** (W. Bergmann, Ueber Hydrocele feminæ. Bonn 1887). Bei einem 7jährigen Mädchen hatte sich seit einem Jahre in der rechten Leistengegend ohne nachweisbare Ursache eine Anschwellung gebildet, die keinerlei Beschwerden verursachte. Der Tumor ist gänseeigross, ragt vom Lab. maj. bis fingerbreit über das Lig. Poup., ist prall elastisch, fluctuirend, lässt sich durch Compression nicht verkleinern, wird bei Anstrengung der Bauchpresse nicht grösser, ist durchscheinend. Schall darüber leer, Haut unverändert, abhebbar. Bei der Operation zeigt sich die zarte Cystenwand reichlich mit Gefässen durchsetzt. In der Nähe des Leistenrings sitzt die Geschwulst an einem 1,5 Ctm. dicken fibrösen Stiel, der unterbunden wird; die Geschwulst wird exstipirt. Inhalt: gelbes Serum. Keine Communication mit der Bauchhöhle. Sublimatverband. Heilung. (Citirt nach Wechselmann, Fall 54).

Fall 57. **Bardenheuer.** (W. Bergmann, Inaug.-Dissert. Bonn, 1887). Bei einem 6 Monate alten Mädchen wurde wegen einer wallnussgrossen, irreponiblen, prall elastischen Geschwulst der rechten Leiste, die für einen Netzbruch gehalten wurde, operirt. Sie erwies sich als Cyste, die im Lig. rotund. ihren Sitz hatte. Bei einem Zuge an der Cyste prolabirte der rechte Eierstock, Fimbrie und Tube und der höher gelegene Theil des Lig. ut. rotund., die reponirt wurden. Exstirpation der Cyste. (Wechselmann, Fall 55).

Fall 58. **Richelot** (Sémaine médic. 1888, Nr. 1) beobachtete bei einem 19jährigen Mädchen einen leicht reponirbaren Tumor der rechten Leistengegend, der seit 4 Jahren bestand. Bei der Operation zeigte er sich als eine seröse Cyste, die durch mehrere Divertikel mit der Bauchhöhle communicirte. Heilung.

Fall 59. **Scherb.** (Ein Fall von Hydrocele muliebris. Inaug.-Diss. Jena 1888). Eine 59jährige Frau bemerkte nach der vor etwa 15 Jahren erfolgten Niederkunft, dass in der rechten Leistengegend beim Stuhlgang ein Knötchen hervortrat. Durch Tragen eines Bruchbandes verschwand das Knötchen, bis es nach 14 Jahren im Anschluss an eine schwere Körperanstrengung (Heben eines schweren Kindes) wieder auftrat, stetig wuchs und Beschwerden verursachte. Die Geschwulst ist gänseeigross, birnförmig, elastisch, fluctuirt nicht, ist transparent; Percussionsschall leer. Bei leichter Compression nimmt das Volumen derselben ab, indem der Inhalt nach dem Leistencanal zu entweicht. Durch combinirte Untersuchung wird constatirt, dass kein Gebilde aus der Bauchhöhle in den Leistencanal hinzieht. Der Tumor wird an dem am Leistencanale sitzenden Stiel abgetragen. Inhalt 70 Ctm. einer gelblich-röthlichen Flüssigkeit, die sofort gerann, reichlich

Albumin und Globulin enthielt. Die Sonde fand der hinteren Oeffnung des Leistencanales entsprechend Widerstand. Heilung.

Fall 60. **Hinterstoisser** (Wiener klin. Wochenschr. 1888 Nr. 12 S. 270). Es handelt sich um eine 38jährige Näherin, welche 1885 wegen einer Anschwellung der rechten Labie in Behandlung kam. Die Menses waren stets regelmässig, ohne Beschwerden, 1882 normale Geburt. 1883 bekam sie beim Heben einer schweren Last Stechen in der rechten Leistengegend, das mehrere Tage anhielt. Bald darauf bemerkte sie über der Mitte der Schenkelbeuge eine beinahe haselnussgrosse, harte Geschwulst, die jedoch mit der Zeit kleiner wurde. (Jetzt ist sie noch tastbar. Die Lymphdrüsen sind etwas empfindlich). Sie hat nie früher das Auftreten einer grösseren Geschwulst beobachtet. Seit 4 Wochen bemerkt sie eine ziemlich grosse Geschwulst in der rechten grossen Labie. Die rechte Schamlippe ist stark angeschwollen, nach abwärts gezogen, die Vulva fast verdeckend. Die Anschwellung, welche sich nach aufwärts bis an den Leistencanal erstreckt, ist bedingt durch einen im Innern des Lab. maj. liegenden Tumor, der mit seinem grössten Antheil in dem tiefsten Theile der Labie liegt, nach aufwärts sich allmählig verjüngt und am Leistenringe deutlich abgegrenzt ist. Sie ist überall auf der Unterlage verschiebbar, ist prall, elastisch, fluctuirt. Bei der Percussion leerer Schall. Die Reposition gelingt nicht. Auf Druck ist die Geschwulst nicht schmerzhaft. Punction ergibt 150 Gr. einer wasserklaren, leicht gelblich gefärbten Flüssigkeit. Es wird eine Injection von 30 Gr. Jodtinctur gemacht, welche nach 5 Minuten abgelassen wird. Patientin verliess die Klinik 3 Wochen nachher, mit völlig geschrumpftem und verödetem Cystensack.

Ein Jahr darnach begann die Geschwulst wieder sich zu entwickeln und vergrösserte sich seit $^3/_4$ Jahren so, dass sie die Frau beim Arbeiten und Gehen hinderte; zugleich war sie etwas schmerzhaft geworden. Am 9. Februar 1888 wurde die Patientin in die Klinik aufgenommen. Die Geschwulst ist orangegross, hat eine nach unten verbreiterte, birnenförmige Gestalt, und es lässt sich ihr oberes, schmales Ende durch den erweiterten Leistenring in den Leistencanal eine Strecke weit vorschieben. Sie ist ziemlich prall gefüllt, elastisch, fluctuirend; etwa in der Mitte der Geschwulst ist ein derbes, an ein Ovarium erinnerndes Gebilde, tastbar, das mit der Wandung der ersteren fest verbunden ist. Bei der Operation wird eine glattwandige, mehrblasige Cystengeschwulst blossgelegt, bei deren Eröffnung sich eine helle, klare, seröse Flüssigkeit entleert; jedoch fällt nur ein Theil des Sackes zusammen, und bleibt die Spannung des übrigen Antheiles erhalten. Freilegung und Exstirpation der Cyste. Heilung. Das Präparat stellt eine vielfächerige Cyste dar. Die verdickten Wandpartien zeigen microscopisch gleichartige Schichten fibrösen Bindegewebes, vielfach aber sowohl in tieferen Schichten, als namentlich gegen die Innenfläche der Cystenhöhle, Kernwucherung, zellige Infiltration, Bindegewebsproliferation.

Fall 61. **Schröder** (Krankheiten der weibl. Geschlechtsorg. p. 426) hat einen Fall gesehen, in dem sich der seröse Inhalt in die Bauchhöhle entleeren liess, wo also die Communication des Proc. vaginalis mit der Bauchhöhle offen geblieben sein musste.

Fall 62. **Smital.** Ein Fall von Hydrocele feminina. (Wiener klinische Wochenschrift 1889, S. 800). Eine 36jährige Magd bemerkt vor 6 Jahren in der rechten Inguinalgegend ein kleines Knöpfchen, das bei längerer Rückenlage verschwand, beim Aufstehen jedoch wieder erschien, dann bis Nussgrösse wuchs und auch in der Rückenlage irreponibel wurde. Nach dem ersten Partus wuchs der Tumor auf Gänseeigrösse. Als Patientin wegen einer plötzlichen Incarceration einer linksseitigen Inguinalhernie, welche reponirt wurde, in die Grazer Klinik aufgenommen wurde, war die rechtsseitige Geschwulst gänseeigross, weich, elastisch, irreponibel, am Leistenringe abgegrenzt, ergab leeren Percussionsschall und trat beim Husten nicht vor. — Bei der Operation fand sich die Cyste an ihrer hinteren und inneren Fläche mit dem Ligam. rotundum zusammenhängend; der Stiel dringt in den Leistencanal, das Peritoneum ragt mit einem handschuhförmigen Fortsatz in den Stiel; die Cyste ist gegen diesen Fortsatz des Bauchfelles abgeschlossen. Die Cyste enthält 25 Cbctm. klarer, seröser Flüssigkeit, von neutraler Reaction und 1015 spec. Gewicht, die 3,5 % Eiweiss, Mucin, keinen Zucker enthält. Exstirpation. Heilung.

Fall 63. **Franke,** Felix. (Virchow's Arch. Bd. 121. 1890. S. 458). Bei einer Frau, welche sich am 5. Tage eines normalen Wochenbettes fand, trat plötzlich eine schmerzhafte Geschwulst in der rechten Leistengegend ohne Temperaturerhöhung und Leibschmerzen auf. Gedämpfter Percussionsschall des Tumors, kein Anprallen beim Husten, Stuhlgang normal, kein Erbrechen. Repositionsversuche der als Hernia aufgefassten Geschwulst bleiben erfolglos (dieselben dauerten $^3/_4$ Stunde lang). Es wird dann sofort zur Operation geschritten. Der Schnitt wurde wie bei einem Schenkelbruch geführt. Die freigelegte Geschwulst sah grau aus und entsprach auch sonst dem Aeusseren nach einem vom Bruchsack noch eingeklemmten Bruche. Nach Durchtrennung mehrerer Bindegewebshüllen wie bei alten Bruchsäcken, wurde der vermeintliche Bruchsack selbst eröffnet; es entleerte sich eine dünne, trübe, eitrige Flüssigkeit, darnach aber war die Höhle leer. Der Finger drang in dem mit deutlichen Granulationen ausgekleideten Raume nur wenig nach oben vor. Von der Abscesswand aber setzte sich ein etwa kleinfingerdicker Stiel nach oben über das Lig. Poup. in die Bauchhöhle fort, und der Finger glitt, von der Bauchhöhle getrennt durch das vor ihm hergedrängte Bauchfell, an dem Stiel bis zu dem noch stark vergrösserten Uterus. Es war kein Zweifel, dass hier eine vereiterte Cyste, eine Hydrocele muliebris vorlag. Unterhalb der Abscesshöhle endete das Lig. rotund. stumpfkölbig, die ganze Abscesswand liess sich wie ein Bruchsack ausschälen. Nach Unterbindung des Lig. rotund. oberhalb der Cyste,

wurde letztere entfernt, die Wunde durch Etagennähte geschlossen. Die Heilung erfolgte per granulat. und war nach 5 Wochen beendet.

Die microscopische Untersuchung ergab, dass das Lig. rotund. ausgebreitet, den Boden des Sackes bildete, der nur eine Wand aus dünnem entzündetem Bindegewebe ohne Epithel besass.

Fall 64. **E. Michel.** Ein Fall von Hydrocele muliebris mit Hernia libera tubæ et ovarii. (Allgem. Wiener med. Zeitung. 1890. Nr. 17). Bereits seit 13 Jahren beobachtete die 28jährige Kranke in der rechten Leistengegend eine reponible Geschwulst. Seit 1 Monat wuchs dieselbe stark bis Gänseeigrösse, wurde irreponibel und verursachte das Gefühl stärkerer Spannung. Vom 4. März an traten Einklemmungserscheinungen auf, doch ohne Stuhlverstopfung. Die Geschwulst fluctuirte, gab gedämpften Percussionsschall. Die am 8. März vorgenommene Herniotomie deckte eine mit gelatinöser gelblicher Flüssigkeit gefüllte Cyste vor dem Lig. rotund. auf, die sich leicht ausschälen liess. Höher oben fand sich in einem Bruchsack, nicht eingeklemmt, Ovarium und Tube. Reposition derselben Radicaloperation der Hernie. Genesung. (Reichel-Würzburg).

Fall 65. **Lammert.** Beitrag zur Casuistik der Hydrocele feminæ. (Münchener med. Wochenschrift. 1891. Nr. 29). Eine 39jährige Nullipara, seit ca. 11 Jahren mit einer in der linken Leistenbeuge befindlichen, nur zum Theil reponiblen Geschwulst behaftet; ein Bruchband soll diese zurückgehalten haben, wurde aber wegen Schmerzen immer wieder bald bei Seite gelegt. Seit 1 Jahr vergrösserte sich selbige und wurde das Bruchband nicht mehr getragen. Bei der Aufnahme fand sich die Geschwulst mannsfaustgross, birnförmig, prall elastisch, fluctuirend, transparent, von normaler Haut bedeckt, mit ihrem Stiel in den Leistencanal, nach unten in die grosse Schamlippe übergehend, nicht reponibel. Bei der Operation entleerten sich 500 Gr. hellgelber seröser Flüssigkeit; Exstirpation der derben, innen glatten und glänzenden Cystenwand. Der kleine Finger gelangt in den sehr engen Leistencanal; in die Wandung des hohlen Stieles, der in der Gegend des inneren Leistenringes blind endigt, strahlen straffe Fasern des Ligam. rotundum aus. Naht, Drain, Heilung.

Fall 66. **J. Wolters.** (Inaugural-Dissertation. Kiel 1891). Bei einer 42jährigen Frau, die vor 10 Jahren einmal geboren hat, zeigt sich seit längerer Zeit in der rechten grossen Schamlippe eine erhebliche Geschwulst. Besondere Beschwerden hat dieselbe niemals gemacht. Nach dem Tode, der durch Insufficienz und Stenose der Mitralis verursacht wurde, findet sich bei der Section auf der rechten Seite in der Gegend des äusseren Leistenringes an einem in den Leistenring eintretenden, kleinfingerdicken Stiel eine längliche, plattovale, fluctuirende Geschwulst von 6 Ctm. Länge, 4 Ctm. Breite und 3 Ctm. Dicke, die ziemlich lose, nur in der Gegend des Stieles etwas fester in das umgebende Fett- und Bindegewebe eingebettet ist. Die Oberfläche erscheint glatt, die Wandung ziemlich dick und von weisser Farbe.

An der Innenfläche der Bauchwand befindet sich eine zweite Cyste. Dieselbe sitzt mit einem kurzen, breiten Stiele der vorderen inneren Fläche des Ligam. ut. rotund. auf, ist weich, elastisch, fluctuirend und von der Grösse eines Taubeneies. Ihre Wandung ist von weisslicher Farbe und im Verhältniss zu der äusseren Cyste sehr dünn. Der Inhalt lässt sich durch mässigen Druck langsam in die äussere Geschwulst befördern. Beide Cysten stehen also durch den Stiel der äusseren Geschwulst mit einander in Verbindung und bilden so eine Hydrocele bilocularis. Das Lig. ut rotund. tritt lateralwärts von der inneren Geschwulst in den inneren Leistenring, geht durch den Leistencanal und nach dem Austritte aus demselben auf die laterale Wand der äusseren Geschwulst über, von der es sich gut abtrennen lässt und endet im Fette des Labium majus.

VI. Symptomatologie.

Die ursprünglich meist taubenei- bis nussgrosse Geschwulst der Hydrocele muliebris erscheint meist zuerst in der Leistengegend. Ihr Sitz ist öfters rechterseits als auf der linken Seite. (Bei unseren 73 Fällen ist der Sitz der Hydrocele bei 55 Patientinnen angegeben; die Geschwulst sass 23 Mal links, 30 Mal rechts und 2 Mal war sie doppelseitig vorhanden). Dass das Divert. Nuckii auf der rechten Seite häufiger offen bleibt als auf der linken, kann nach Analogie mit dem Desc. testiculi beim männlichen Geschlechte damit erklärt werden, dass der Descensus ovarii auf der linken Seite früher zum Abschlusse kommt als rechterseits. Wir wissen auch, dass in den ersten Lebensjahren überhaupt rechtsseitige Leistenbrüche viel häufiger vorkommen als linksseitige. (Beim männlichen Geschlechte mehr als doppelt so viel. **Glaser.** Unterleibsbrüche 1891).

Die Hydrocele beim Weibe kann Jahre lang bestehen, ohne dass die damit behafteten Frauen irgend welche Beschwerden davon hätten. Sie stellt gewöhnlich einen cystischen, ovalen oder rundlichen, nuss- bis kindskopfgrossen (meist aber hühnereigrossen) glatten, nicht schmerzhaften Tumor dar, welcher, aus dem äusseren Leistenringe hervorhängend, sich schräg nach abwärts in das grosse Labium erstreckt. Meist schickt die Geschwulst zum

Leistencanal, resp. zur Bauchhöhle, einen bis daumendicken Stiel hinauf. Der Tumor selbst fühlt sich weich, teigig bis prall elastisch an, bietet nicht immer Fluctuation dar. Er ist gewöhnlich auf der Unterlage verschiebbar und ist mit der äusseren Haut nicht verwachsen. Bei der Percussion ergibt er leeren Schall, welcher aber einen tympanitischen Beiklang haben kann, wenn Gase im entzündeten Inhalte sich gebildet haben. Transparenz ist oft wahrzunehmen, sofern die Wandungen nicht zu dick und der Inhalt nicht getrübt ist. Die Geschwulst steht nicht unter dem Einflusse der Bauchpresse, ausgenommen bei einigen Fällen von Hydrocele communicans. Anfangs ist dieselbe oft reponirbar (wegen offener Communication mit der Bauchhöhle). Warum nach geschehener Reposition die Geschwulst nicht immer wieder erscheint, kann dadurch erklärt werden, dass, wie die Untersuchungen von Zuckerkandl es nachgewiesen haben, eine halbmondförmige Falte des Peritoneums und der Fascia transversa das Orificium des Divertic. Nuckii verschliesst. Diese Klappe bietet eine nicht unbedeutende Resistenz dar. P. Camper und Engel haben an diese Falte schon gedacht.

Die Hydrocele mul. entsteht gewöhnlich allmählig und verursacht, wie gesagt, jahrelang wenige Beschwerden, so dass zuweilen die Patientinnen nur desshalb Hilfe suchen, weil sie beim Gehen und Arbeiten etwas behindert sind. Manchmal allerdings machen schon kleine Geschwülste lästige Symptome, wie Schmerzen zur Zeit der Menses, starkes Spannen und Stechen beim Heben einer Last, beim Husten, Niessen (Fall 59). Mit dem Grösserwerden derselben nehmen die Beschwerden zu; die Schmerzen sind wohl auf den Nervus ileo. inguin. zu beziehen, welcher das Lig. ut. rot. begleitet, und auf den Nervus spermat. ext. Der fast immer als Hernie betrachtete Tumor wird gewöhnlich mit Bandagen behandelt und maltraitirt, bis es auf eine äussere oder innere Veranlassung hin, oder aber hie und da auch ohne bekannte Ursache, zur Entzündung und Eiterung kommt.

Die einmal entzündete Hydrocele nimmt rasch an Umfang zu und zwar unter mehr oder weniger heftigen Schmerzen; die Haut darüber wird oft geröthet, ödematös und es treten Reizungssymptome des Peritoneums hinzu: es stellt sich Uebelkeit und

Erbrechen, Temperaturerhöhung, manchmal hartnäckige Obstipation ein, und so entsteht das ganze Bild, wie man es bei incarcerirten Hernien zu sehen gewohnt ist.

Wie bei der Hydrocele beim männlichen Geschlechte, kann der Inhalt der Hydrocele muliebris ein sehr verschiedener sein. Gewöhnlich findet man in der Geschwulst eine klare, gelbliche oder röthlich tingirte Flüssigkeit von hohem Eiweissgehalte, so dass sie zuweilen spontan gerinnt. (Albumin- und Globulingehalt, Fall 59). Fibrinflöckchen und Blutcoagula sind nicht selten beigemischt; die Flüssigkeit kann selbst eine bräunliche, chocoladeähnliche Farbe annehmen.

Im Falle 62 war der Inhalt eine klare seröse Flüssigkeit von neutraler Reaction und 1015 spec. Gew., die 3,5 % Eiweiss enthielt, dazu noch Mucin, aber keinen Zucker. — Im Falle 41 bestand derselbe aus wenig Albumin, viel Chloriden, Spuren von Sulfaten, wenig phosphorsaurem Kalk und Magnesia; keine phosphorsauren Alkalien, wenig Carbonate, wenig Urate; Reaction neutral, Spec. Gew. 1012—1014. — Im Fall 32 enthielt der Sack eine leimig röthliche Flüssigkeit, in der sich hellere Flöckchen (dendritische Kalkstalactiten) absetzten.

Zuweilen begegnet man, wie im Falle 48, milchiger Flüssigkeit, in welcher zahlreiche Cholesterincrystalle, Myelin- und Fetttropfen und in Fettmetamorphose begriffene Epithelzellen enthalten sind. Zuweilen ist der Inhalt gelatinös, gelblich. (Fall 64). Im Fall 16 entleerte sich bei der Punction zuerst dunkelolivfarbige und dann dicke, milchige, mit Eiterkörperchen und Epithelzellen gemischte Flüssigkeit; desgleichen im Fall 17, wo die Reaction des Inhaltes leicht sauer und von 1026 Spec. Gew. war.

Im entzündlichen Stadium hat man es mit dünner oder dicker, trüber, Eiter und zuweilen Fäulnissgase enthaltender Flüssigkeit zu thun.

Die Wand des Hydrocelensackes ist bei schon längere Zeit bestehenden Fällen verdickt. Sie besteht aus mannigfach sich kreuzenden Bindegewebs- und elastischen Fasern, welche zuweilen

mit glatten Muskelfasern gemischt sind (Fall 48). Die innere Bekleidung besteht aus Plattenepithelien, die verloren gehen können. Die Wandung der Hydrocele gibt überhaupt, microscopisch betrachtet, keinen Anhaltspunkt, um die Geschwulst von einer Cyste des Lig. ut. rotund. unterscheiden zu können. Die Vascularisation derselben ist manchmal, wie in den Fällen Nr. 56 und 67, auffällig stark ausgesprochen.

VII. Aetiologie.

Ueber die Ursache der Bildung eines serösen Ergusses im Divertic. Nuckii ist man noch im Ungewissen. Analog wie beim Manne, genügen jedenfalls geringe **entzündliche** oder **traumatische Reize**, um eine allmählige Ansammlung von Flüssigkeit in dem præformirten Sacke zu bedingen. Bei langsam entstehenden Fällen nimmt man eine chronisch entzündliche Absonderung der späteren Cystenwand an.

Aus der Statistik von Wechselmann ergibt sich, dass die Patienten als Ursache ihres Leidens oft folgendes angeben: eine körperliche Anstrengung (Fall 25, 47), das Heben einer schweren Last (Fall 29, 38, 60), Erbrechen, Fahren auf schlechten Wegen (Fall 16), oder, wie im Fall Ancelon (21), eine flechtenartige Affection der grossen Labien. Der Fall 13 entstand in Folge eines „acuten Fiebers".

Sehr oft wird in einer lange Zeit klein und unverändert bestandenen Hydrocele durch eine Anstrengung, einen Stoss, eine Quetschung oder einen Fall, ein Bluterguss erzeugt, so dass es in Folge davon selbst zu Erscheinungen kommen kann, welche von Incarcerationserscheinungen nicht zu unterscheiden sind. (Fall 9, 15, 24).

Als eine sehr häufige Gelegenheitsursache für das Wachsthum, wie für die Entstehung der Hydrocele beim Weibe, ergeben sich weiter **Schwangerschaft**, **Geburt** und **Wochenbett**; so entstand während der Schwangerschaft der Fall 27, wuchs schnell während derselben der Fall 47, bei der Entbindung die Fälle 10 und 59. Der Fall 3 wurde durch eine Entbindung verursacht: in den

Fällen 43, 49, 50 entstand die Geschwulst nach der Geburt und sie wuchs rapid bei den folgenden Schwangerschaften oder Geburten. v. Langenbeck (Akiurgie von Gluck 1888. S. 545) hat 2 Mal Gelegenheit gehabt, die Hydrocele muliebris nach Geburten zu operiren.

Wenn wir jetzt unsere Fälle aus der Klinik von **Herrn Prof. Krönlein** und die noch zur Statistik von **Wechselmann** hinzuzufügenden Fälle (abgesehen von der Beobachtung von **Schröder**), also im ganzen 12 Fälle betrachten, so erfahren wir betreffend ihrer Aetiologie folgendes:

Es handelt sich um 9 Primi- oder Pluriparen, 2 Nulliparen und 1 Frau, von welcher es nicht angegeben ist, ob sie schon geboren hatte. Nach der Statistik von **Hennig** stehen 5 Nulliparen mit Hydrocele behaftet gegenüber 14 Primi- oder Pluriparen. In der Zusammenstellung von **Wechselmann** „waren 20 Frauen mit Hydrocele behaftet, die schon geboren hatten, und 4 Frauen, von denen es nur angegeben ist, dass sie verheirathet waren; diesen stehen gegenüber nur 5 Frauen in gebärfähigem Alter, die aber nicht geboren hatten und 6 noch nicht geschlechtsreife Mädchen. In 21 Fällen ist darauf in den Krankengeschichten nicht eingegangen."

In unseren Fällen war die Hydrocele 1 Mal (Fall 71), bei einer Nullipara ohne angebliche Ursache entstanden; im Falle 70, bei einer Frau, die 3 Mal geboren hatte, erschien das Leiden nach einer Anstrengung; im Falle 72, hatte die Frau 4 Mal schwierige Geburten gehabt, es wird keine directe Ursache angegeben; die Hydrocele wurde plötzlich grösser nach einer Anstrengung im letzten Wochenbette. — Im Falle 73, machte die Patientin eine Zangengeburt durch und das Leiden entstand nach dem Wochenbette, beim Heben einer schweren Last. — Im Falle 69 hatte die Patientin 7 Mal geboren; die Geburten verliefen im Allgemeinen schwierig. Als Gelegenheitsursache figurirt Heben einer schweren Last. — Im Falle 67, hat die Frau 7 Mal geboren. Geschwulst in der Jugend beim Springen entstanden; Entzündung und Incarcerationserscheinungen im Anschlusse an

die letzte Menstruation. — Endlich im Falle 68, gebar Patientin 7 Mal, und zwar 2 Mal Zwillinge. Die Hydrocele entstand bei der ersten Zwillingsgeburt. Sie war bei der Menses schmerzhaft, nahm mit den folgenden Schwangerschaften an Umfang zu. Erbrechen bedingte Incarcerationserscheinungen.

Bei den anderen 6 Fällen, entstand die Hydrocele: im Falle 63, plötzlich am 5. Tage eines Wochenbettes; im Fall 62, wuchs der unbemerkt entstandene Tumor nach einer Geburt bis auf Gänseeigrösse. Im Fall 66 hatte Patientin 1 Mal geboren. Keine Ursache angegeben betreffend die Entwicklung der Hydrocele in den Fällen 64 und 65; hier bestand die Geschwulst 11, resp. 13 Jahre, ohne Beschwerden zu verursachen.

Der **Einfluss der Schwangerschaft** für die Aetiologie der uns interessirenden Erkrankung wird von Wechselmann durch eine Hyperplasie des Divert. Nuckii (parallel mit der Hyperplasie der Lig. rot. in der Schwangerschaf verlaufend) erklärt. Es würde sich daran eine Hypersecretion des Peritonealsackes anschliessen. Weiter wären nach **Rau** [1]) Gefässzerreissungen des hyperæmischen Lig. ut. rot. bei der Geburt, als ætiologische Momente in Betracht zu ziehen. Solche Blutergüsse senken sich dann zuweilen in die grossen Labien oder es könnten dann nach **Bends** und **Robitansky** solche Blutcysten in Hydrocelen ausarten. Allein nach unseren früheren Auseinandersetzungen können wir solche Blutcysten nicht als Hydrocelen betrachten.

Dass irgend ein Trauma sehr leicht in einem Hydrocelensacke einen unter hohem Drucke stehenden Bluterguss bedingen kann, ist durch die oft sehr starke Vascularisation seiner Wandung sehr begreiflich. Die Schmerzen und das Grösserwerden der Hydrocele, welche zuweilen zur Zeit der Menstruation oder bei Anstrengungen vorkommen, lassen sich ebenso auf vasculäre Schwellung dieser Theile und auf Blutungen zurückführen.

Noch bleibt uns eine Frage zu erörtern übrig: Welche Ursache liegt der so oft beobachteten **Entzündung der Hydrocele** zu Grunde?

[1]) Krankheiten der Lig. rot. Neue Zeitschrift der Gynæk. Bul. 28.

Es kommen einmal in Betracht: operative Eingriffe, welche ohne genügende Vorsichtsmassregeln gegen die Infection vorgenommen worden sind (Fälle 21, 42, 49, 50), ferner die Infection von einer Abschürfung oder Entzündung der Haut der Leistengegend oder der Schamlippen ausgehend (Fall 21), oder aber die Infectionsstoffe werden von weit her durch die Blutbahn in die Hydrocele eingeschleppt. Endlich geschieht die Vereiterung auch zuweilen durch Fortpflanzung einer eiterigen Entzündung von benachbarten Organen, Harnwegen oder Uterus, Tuben (Fall 67), Ovarien etc.

Von einigen Fällen wird berichtet, dass die Entzündung durch ein Trauma (Stoss, Quetschung, Anstrengung, selbst Husten, Fall 38) veranlasst wurde. Hennig meint, die Entzündung könne die Folge der zunehmenden Spannung der Cystenwand sein, was zweifelhaft zu sein scheint.

Chiari, welcher drei interessante Fälle von entzündeter Hydrocele muliebris in seiner Arbeit [1]) publizirt hat, meint „die Entzündung wäre dadurch veranlasst, dass durch Stoss, Quetschung oder irgend ein anderes Trauma, eine Zerreissung des Sackes entstehe, an die sich die Entzündung und Vereiterung der Umgebung anschliesse".

In den meisten Fällen ist doch die Ursache der Entzündung unbekannt geblieben.

Was unsere 12 Fälle anbetrifft, so sehen wir, dass eine acute Entzündung mit Einklemmungserscheinungen bei 4 Fällen eintrat (Fälle 63, 68, 69 und 70), und zwar 1 Mal beim Brechact, 2 Mal nach Anstrengung und 1 Mal ohne bekannte Ursache am 5. Tage eines Wochenbettes. Im Falle 64 entwickelten sich die Einklemmungssymptome allmählig, ohne bekannte Ursache. Im Fall 71 kam es, trotzdem die Geschwulst fixirt wurde, nicht zu Incarcerationserscheinungen. — Im Fall 72 entzündete sich die Hydrocele nach einer Ueberanstrengung. Symptome von Reizung des Peritoneums waren nicht vorhanden. Endlich kam es in 4 Fällen (62, 65, 66 und 73) nicht zur Entzündung der Hydrocele.

[1]) Ueber Entzündung der weibl. Hydroc., Wiener med. Bl. 1879, siehe Fälle 36, 37 und 38.

In den von **Wechselmann** zusammengestellten Fällen kam es 33 Mal nicht zur Entzündung im Hydrocelensack; bei 7 anderen Fällen bildeten sich Symptome einer chronischen Entzündung und zwar nach einer Geburt (Fall 49), in der Schwangerschaft (Fall 50), nach Heben einer schweren Last (Fall 59), ohne angebliche Ursache in den Fällen 37, 43, 47, 53.

Acute Entzündung mit Incarcerationserscheinungen wurden in der Casuistik von Wechselmann in 10 Fällen beobachtet: ohne Ursache in den Fällen 22, 24, 36, 40, 42; in Folge von Hustenstössen in den Fällen 38 und 39; bei einem Falle auf einer Treppe (Fall 9); nach Heben einer schweren Last (Fall 10); am 4. Tage eines Wochenbettes, ohne weitere Ursache (Fall 27). — In den übrigen 11 Fällen ist nichts darüber angegeben. Es ist anzunehmen, dass solche Erscheinungen nicht beobachtet wurden.

In Summa: Auf 72 Fällen wurden 14 Mal die Symptome einer acuten Entzündung mit Einklemmungserscheinungen und 8 Mal die einer chronischen Entzündung beobachtet. Kann man darnach nun behaupten, dass das ein häufiges Vorkommniss bei der Hydrocele muliebris sei? Wir können dies nicht annehmen: denn die aus unserer gesammten Casuistik resultirenden 20 % für dieses Vorkommen entspricht sicherlich nicht den thatsächlichen Verhältnissen, aus leicht ersichtlichen Gründen. Viele Fälle von Hydrocele muliebris kommen nicht zur Beobachtung des Arztes, vielleicht nicht einmal zur Beobachtung der Patientin. Meist sind es besondere Complicationen, und unter diesen, eben nicht allzu selten, eine Entzündung der Hydrocele, welche die Patientinnen veranlassen, ärztliche Hülfe in Anspruch zu nehmen.

VIII. Diagnose.

Mit Berücksichtigung der Anamnese und des Verlaufes, sowie der Form und Lage des Tumors am Leistencanale, sollte die Diagnose der **Hydrocele muliebris cystica, so lange dieselbe nicht entzündet und nicht vereitert ist**, meist leicht und sicher

zu stellen sein: eine birn- oder eiförmige, transparente, elastische, fluctuirende, in der Leistengegend und den grossen Labien sitzende Geschwulst, welche sich mit einem Stiele in den Leistencanal fortsetzt und nicht durch Hustenstösse vorgedrängt wird, dürfte meist als Hydrocele erkannt werden. Die Diagnose wird noch erleichtert, wenn man am hinteren Theile der Geschwulst, oder durch die Wand derselben sich hinziehend, das Lig. ut. rotund. als strangförmiges Gebilde wahrnehmen kann (Fall 52). Doch sehen wir aus den angeführten Fällen, dass die richtige Diagnose gleichwohl sehr selten vor der Operation festgestellt worden ist. Mit Sicherheit wurde sie es blos in den Fällen 6, 11, 47, 51 und 73, Wahrscheinlichkeitsdiagnose in unseren Fällen 69, 71 und 72).

Die **Hydrocele muliebris communicans** sollte, scheint es, leichter erkannt werden, und zwar durch den durch die Palpation erbringenden Nachweis des in die Bauchhöhle zurückweichenden Fluidums, ferner durch das allmählige Verschwinden der Geschwulst in Rückenlage und durch den Umstand, dass bei aufrechtem Stehen der Sack sich mit Flüssigkeit wieder anfüllt, wobei die Geschwulst von unten nach oben langsam sich einstellt (Fall 29). Der Fehler, der bei der Untersuchung dieses Leidens aber häufig gemacht worden ist, bestand darin, dass nur zu oft an die Möglichkeit der Existenz einer Hydrocele gar nicht gedacht wurde. Wer eine solche noch nie zu beobachten Gelegenheit hatte, wird diesen Fehler nur zu leicht begehen.

IX. Differentialdiagnose zwischen Hydrocele muliebris u. anderen Geschwülsten der Leistengegend.

Die Hydrocele muliebris hat vor allem eine grosse Aehnlichkeit mit einer Hernie, und wenn dieselbe sich **entzündet**, sind die meisten Symptome einer eingeklemmten Inguinalhernie vorhanden, und zwar in so frappanter Weise, dass es oft unmöglich wird, beide Zustände von einander zu unterscheiden. Es kann dann

dem erfahrensten Chirurg passiren, dass er erst während der Operation seine Täuschung erkennt.

Es kommt hier nur die Hernia inguino-labialis in Betracht, da die seltene Hernia vagino-labialis durch ihren Sitz mehr in den hinteren Partien der grossen Labien, und die Hernia cruralis wohl nicht zu solchen Verwechselungen führen können.

Eine nicht entzündete reponible Hydrocele cystica, welche keine Transparenz und Fluctuation darbietet, kann nach der Art und Weise, wie sie sich reponiren lässt, von einer Hernie unterschieden werden: Die Hydrocele cystica weicht leichter und in toto zurück (bei der Hernie entleert sich zuerst der Inhalt) und wenn der Tumor einmal reponirt ist, bleibt derselbe noch als Geschwulst unter den Bauchdecken fühlbar. Weiter fühlen sich Darmbrüche weicher an als die durch stärkere Spannung meist prall anzufühlende Hydrocele. Zuweilen jedoch ist die Hydrocele cystica von weicher und schlaffer Consistenz (wie in den Fällen Nr. 6, 8, 11, 24, 48, 49, 62, 64, 69).

Die **Hydrocele communicans** gleicht im höheren Grade der Hernia inguino labialis, als die Hydrocele cystica und zwar nicht nur in der Form, sondern in der Begrenzung und Ausdehnung: Dieselbe steht unter der Wirkung der Bauchpresse, gleich wie diese; sie lässt sich leicht reponieren, bietet aber oft Transparenz dar und ergibt gedämpften Percussionsschall. Sie verschwindet in horizontaler Lage allmählig, um dann in aufrechter Lage wieder zu erscheinen; dabei füllt sich aber der Hydrocelensack, im Gegensatz zu einem Bruchsacke, von unten nach oben wieder. Wenn es sich um eine Enterocele handelt, tritt sie beim Drücken auf die Geschwulst meist plötzlich und mit gurrendem Geräusch zurück; man fühlt sie unter den Fingern deutlich als eine zusammenhängende Masse in die Bauchhöhle entweichen. Die Entleerung der Hydrocele unter gleichen Umständen erfolgt dagegen langsam, geräuschlos und der auf den Canalis inguin. aufgelegte Finger nimmt höchstens ein feines Rieseln als Zeichen der durchströmenden Flüssigkeit wahr. Bei einem sehr engen Canal geht das Durchströmen sehr langsam und unmerklich vor sich (Fall 52).

Die **Hydrocele bilocularis** (en bissac) hat eine gewisse Aehnlichkeit mit der Hydrocele communicans. Beim Verdrängen der Flüssigkeit nach oben kann man in manchen Fällen an der engen Stelle ein leichtes Rieseln durchfühlen; die Flüssigkeit wird aber nicht in die Bauchhöhle verdrängt, sondern nur aus der inguinalen Abtheilung des Hydrocelensackes in die präperitoneale; so entsteht sofort oberhalb des Lig. Poup. ein durch die Abdominalwand hindurch fühlbarer Tumor. Dieser Nachweis ist sehr wichtig; nachdem der communicirende Sack vollständig ausgedehnt worden ist, erfolgt ein Rückstoss. Die combinirte Untersuchung per Vaginam würde die Diagnose einer solchen Hydrocele bilocularis erleichtern.

Wenn aber eine Hernie oberhalb einer Hydrocele liegt, ist ein diagnostischer Irrthum sehr wohl möglich. Solche Beobachtungen sind aber grosse Raritäten (siehe Fall 27). Den Darm würde man an seinem tympanitischen Ton erkennen. Diese Erscheinung kann aber bei sehr eingedicktem Inhalt etc. fehlen. Es kann auch vorkommen, dass Hernien, welche einen sehr dünnflüssigen Inhalt haben, das Gefühl der Fluctuation ergeben, oder dass, wie gesagt, die Hydrocelenwand so verdickt, oder ihr Inhalt durch Hæmorrhagien oder aus anderen Ursachen so getrübt worden ist, dass Transparenz der Geschwulst absolut fehlt. Die Dicke der äusseren Haut mit den darunter liegenden Schichten kommt auch in Betracht.

1. Besonders schwierig kann die Differentialdiagnose zwischen **Hydrocele cystica muliebris** und einer **irreponiblen Netzhernie** werden.

Nach **Scarpa** haben Netzhernien zwar für das Gefühl mehr Consistenz und eine unregelmässigere Oberfläche als die Hydrocele. **Pott** glaubt sie von einer Hydrocele dadurch unterscheiden zu können, dass nach unternommener Reposition, bei nicht veränderter Rückenlage und absoluter Ruhe der Patientin der Netzbruch niemals, die Hydrocele wohl aber immer mit ihrem ganzen Volumen wieder zum Vorscheine komme. Allein alle diese Momente genügen oft nicht, in einem schwierigen Falle, vor Bloslegung der fraglichen Geschwulst zur sicheren Diagnose zu gelangen.

2. **Alte leere Bruchsäcke** (sacs herniaires déshabités), welche sich auf irgend eine Weise entzündet haben, sind zuweilen schwer von einer entzündeten Hydrocele zu unterscheiden. Solche Beobachtungen stehen sehr vereinzelt da, sind aber von **Dupuytren**, **Pitha**, **Chiminelli**, **Chassaignac** [1]), **Hennig** [2]), **Niemann** [3]), **Hæddæus** [4]) **etc.** beschrieben worden.

3. Sehr selten dürfte eine **Cystocele** inguinalis, d. h. ein Harnblasenbruch zu einer Verwechslung mit einer Hydrocele muliebris (communicans) führen, einfach aus dem Grunde, weil Blasenhernien zumal beim Weibe so überaus selten sind. In einem gegebenen Falle aber wäre daran zu denken, dass der Inhalt einer solchen Cystocele sich durch Druck entleeren lässt, wobei **Harndrang** entsteht.

4. Bei der Besprechung der Differentialdiagnose sind weiter zu erwähnen **Cysten im herniösen Ovarium (Hennig)** [5]). Hier würde die Vaginaluntersuchung vor Verwechslung schützen, indem man die Lageveränderung und die Elevation des Uterus und das Fehlen des Ovariums an normaler Stelle wahrnehmen würde.

5. Ein **normales herniöses Ovarium** ist in derselben Weise zu erkennen. Characteristisch sind seine Form als kleiner, fester, rundlicher Körper, seine eigentliche Druckempfindlichkeit, sein Zusammenhang mit dem Uterus. Die periodische Anschwellung desselben zur Zeit der Menses ist kein sicheres Merkmal, da wir wissen, dass Frauen, welche mit einer Hydrocele behaftet sind, öfters ein Anschwellen und Schmerzhaftwerden dieser Geschwulst während der Menstruation angeben. Zudem soll diese menstruelle Veränderung auch bei Fibromen und anderen Tumoren der Lig. rotund. beobachtet werden (**Duplay**).

6. Von **Duplay** (siehe oben) ist auch ein Fall von **Hydrosalpinx** beschrieben, welcher für eine Hydrocele gehalten wurde.

[1]) Revue méd. chir. Mai 1855. — Réf. Schmidt's Jahrbuch 1856. T. I. S. 79.

[2]) Arch. für Gynæcol. Bd. 25. S. 107.

[3]) Inaugural-Dissertation.

[4]) Berliner clin. Wochenschrift. 1869. Nr. 52.

[5]) Die Cysten des runden Mutterbandes. Zeitschrift für Med. Chir. und Geburtsh. N. F. VII. 1868).

7. **Varices des Lig. ut. rotund.** (Hernia varicosa mulierum, varicocèle des cordons suspubiens) werden wohl nicht leicht mit der Hydrocele muliebris verwechselt, obwohl solche schon Inguinalhernien vorgetäuscht haben (**Boivin** und **Dugès**) [1]). **Cruveilhier** und **Teale** berichteten auch ähnliche Fälle. — Diese Varicocelen bieten gewöhnlich eine spindelförmige Geschwulst von teigig weicher Consistenz dar, welche bei längerem Stehen, beim Husten und beim Drängen anschwillt und beim Liegen und beim Druck sich verkleinert. Dieselben wären mitunter mit einer Hydrocele communicans zu verwechseln, wenn sie nicht das Gefühl geben würden, „als wenn man gefüllte Hühnerdärme durch die Finger schlüpfen lässt" (**Linhart.** Unterleibsbrüche).

8. **Fibrome und Fibromyome des Lig. ut. rotund.** haben eine fleischartige oder derbere Consistenz; sie bieten gewöhnlich kein Fluctuationsgefühl dar, trotzdem sie häufig eine Menge mit Flüssigkeit gefüllter Hohlräume enthalten. Sie ergeben natürlich, wie die Hydrocele, gedämpften Percussionsschall, sind gewöhnlich mobil, nicht trennbar von der Fascia des Musc. oblig. ext. und auch nicht vom Orific. ext. des Leistencanals. Adhærenz mit den grossen Labien besteht auch nicht (**Duplay**) [2]). Durch ihren Sitz in der Inguinalfalte und in den grossen Labien, ferner durch ihre stielartige Fortsetzung in den Can. inguin. könnten sie zuweilen für eine Hydrocele muliebris cystica gehalten werden, besonders wenn sie die Form und die gewöhnliche Consistenz derselben haben, und wenn sie deutlich Fluctuationsgefühl (wie Uterusmyome) ergeben, was bei myxomatös und cystös degenerirten Fibromyomen der Fall sein kann. Ihr Volumen vermehrt sich zuweilen während der Menses und der Gravidität.

9. **Sarkome** kommen weniger in Betracht. **Lipome** der grossen Labien sind an ihrer eigenthümlichen weich elastischen Consitenz und an ihrer lappenartigen Form leicht erkennbar.

10. **Blutgeschwülste** (Hæmatome) der grossen Labien characterisiren sich durch die blauröthliche Färbung der äusseren

[1]) Atlas. Pl. 32.

[2]) Contribution à l'étude des tumeurs du ligament rond. Arch. gén. de méd. 1882.

Haut, welche meist schnell nach dem entstandenen Trauma sich zeigt. Später, wenn das Blut resorbirt wurde, können aus demselben sich mit Serum gefüllte Cysten bilden. Dann ist Verwechselung mit einer Hydroc. mul. möglich. Die Art und Weise wie die Geschwulst entstanden ist, sollte vor einem Irrthum schützen.

11. **Lymphcysten** der grossen Labien (**Klebs**) [1]) sind dünnwandige, oft sehr grosse, nicht selten multipel vorkommende Cysten. Sie kommen sowohl an den kleinen, wie an den grossen Labien vor, und sind als Lymphangiectasien zu betrachten. Solche Lymphangiome sind reponirbar, weichen in horizontaler Lage spontan zurück und können, wenn sie entzündet werden, das gleiche Bild wie die entzündete Hydrocele darbieten.

12. **Dermoidcysten** der äusseren Haut sind in dieser Gegend grosse Raritäten.

13. Endlich können noch die **Cysten der Bartholin'schen Drüsen** zur Verwechselung mit der Hydrocele muliebris führen. **Klob** (siehe oben) unterscheidet zweierlei Arten dieser Cysten: die eine Form ist anfangs spindelförmig, erst später wird sie rundlich. Sie sitzt oberflächlicher als die Hydrocele und entsteht durch Ectasie des Ausführungsganges der Drüse: es sind einfache, glattwandige, einhöhlige Cysten, welche meistens mit hellem, fadenziehenden Inhalte gefüllt sind. Sie werden selten über Walnussgross und stehen entweder vereinzelt oder bilden eine verzweigte Cyste.

Die andere Form ist gleich anfangs rundlich und entwickelt sich durch cystöse Degeneration einzelner oder mehrerer Acini; es bildet sich im letzten Falle eine von **Boys de Loury** [2]) als zusammengehäufte Cyste der grossen Labien benannte Geschwulst. Der Inhalt ist ebenfalls serös oder mehr schleimig, fadenziehend, klar oder gelblich, bis dunkelbraun.

Die Cysten der Bartholin'schen Drüsen schwellen ebenfalls bei der Menstruation an, was wahrscheinlich auf Blutungen in denselben beruht. Sie können in Entzündung gerathen, gleich wie die Hydrocele, und Abscesse bilden.

[1]) Path. Anat. Bd. 1. — Abth. 2. 1876.

[2]) Revue Médic. 1840. T. IV.

Wie oben gesagt, täuschen **entzündete oder vereiterte Hydrocelen** sehr leicht **incarcerirte Darm- oder Netzbrüche** vor, weil dabei nicht selten Reizerscheinungen des nahe liegenden Peritoneums hinzutreten, welche dann als Incarcerationserscheinungen gedeutet werden. Eine Unterscheidung beider Processe wird gewöhnlich erst bei der Operation, welche die Geschwulst direct zu Gesichte bringt, möglich.

Wenn wir aber die Fälle von entzündeter Hydrocele etwas näher betrachten, so können wir vielleicht doch einen Anhaltspunkt für eine sicherere Diagnose gewinnen, und zwar möchten wir mit Wechselmann denselben in der **Unvollständigkeit der scheinbaren Incarcerationserscheinungen** für den Fall, dass eine Hydrocele und keine Hernie vorliegt, suchen. Wir sehen nämlich:

Im Fall 9, Uebelkeit, aber kein Erbrechen, selbst nach 3tägiger Dauer der anscheinenden Einklemmung.

Fall 10. Erbrechen von übelriechenden Substanzen, Obstipation, aber keine Druckempfindlichkeit des Unterleibs.

Fall 22. Die Schmerzen in der Leistengegend nehmen in kurzer Zeit stark zu, zeitweise Temperaturerhöhungen — Aufstossen und Erbrechen nicht vorhanden, keine Stuhlverhaltung.

Fall 23. Obstipation seit 5 Tagen. Patientin erscheint hinfällig. — Kein Erbrechen, keine Schmerzen im Abdomen.

Fall 24. Heftige Schmerzen in Abdomine, sonst keine Incarcerationserscheinungen, ebenfalls im Fall 39.

Fall 36. Erbrechen 2 Mal täglich, aber Stuhl vorhanden.

Fall 38. Stuhlverhaltung, kleiner und frequenter Puls. — Kein Erbrechen.

Fall 37. 2 Tage lang kein Stuhl, aber auch kein Erbrechen.

Im Fall 40 dagegen waren alle die Symptome einer incarcerirten Hernie vorhanden; es kam doch nicht zum Erbrechen. Die Art und Weise wie die Geschwulst entstanden war, hätte vielleicht den Fall deutlicher gemacht.

Im Fall 42 sieht man, dass eine in Folge einer Punction vereiterte Hydrocele keine Peritonealerscheinungen machte.

Fall 64. Einklemmungserscheinungen ohne Stuhlverstopfung vorhanden.

Im Fall 67 erkrankte Patientin 10 Tage vor der vorgenommenen Operation und zwar mit Auftreten von Fieber, Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Verstopfung und Bauchweh. Am 3. Tage kommt es zu heftigem Erbrechen. Am Tage der Operation ist Puls beschleunigt, 130, der Bauch aufgetrieben, gespannt, aber nicht besonders druckempfindlich. Grosse Schmerzhaftigkeit der Geschwulst, starke Brechneigung, öfters Singultus. Am gleichen Tag ist noch etwas fester Stuhl abgegangen.

Endlich kam es im Fall 68, 2 Tage vor der Operation, zu mehrmaligem Erbrechen; seitdem bestand Stuhlverhaltung. Abdomen schlaff, wenig aufgetrieben und im Hypogastrium mässig druckempfindlich. Puls etwas klein, 120. Keine Temperaturerhöhung.

Aus diesen 14 Fällen ersehen wir, dass nur in 3 Fällen (40, 67, 69) die Erscheinungen denjenigen einer incarcerirten Hernie fast vollständig entsprachen. Bei den anderen Beobachtungen ist die Unvollständigkeit der Symptome eine deutliche, was beachtenswerth erscheint.

X. Prognose.

Wenn die Hydrocele sich nicht entzündet, oder nicht vereitert, ist die Prognose günstig zu stellen. Im anderen Falle kann sie sehr bedenklich werden, besonders dann, wenn bei Entzündung und Vereiterung einer Hydrocele communicans Taxisversuche vorgenommen werden. Dabei ist hier zu bemerken, dass die circumscripten Entzündungen, trotz der Communication des Hydrocelensackes mit der Bauchhöhle, selten allgemein werden, sofern solche auf die Taxis abzielenden Manipulationen unterbleiben und es ist wohl richtig, wenn **Chiari** und **Zuckerkandl** diese Einschränkung der Entzündung auf eine Art von Klappenverschluss im Leistencanal zurückführen.

Die Hydrocele gewinnt ferner Bedeutung, im Falle dass sie Lageveränderungen des Uterus oder Beschwerden bei der Menstruation verursacht. Sie kann sogar in maximalen Fällen die Geburt stören.

XI. Therapie.

Es sind für die Heilung der Hydrocele muliebris schon die verschiedensten Mittel versucht worden.

Eine kleine Hydrocele cystica, welche nicht entzündet ist und keine Beschwerden macht, kann füglich unberührt gelassen werden. Jedenfalls sollte sich der Arzt hüten, durch Taxisversuche, Bruchbänder, Bandagen etc. der Patientin Schmerzen zu verursachen und eine Entzündung des Sackes zu provociren. Medicamente, wie Derivantia und Resorbentia, sind absolut nutzlos.

Bei der Hydrocele communicans kann unter Umständen einmal eine Verklebung der Eingangspforte und Heilung erzielt werden durch das Tragen eines Bruchbandes, nachdem man den Hydroceleninhalt reponirt hat.

In allen den anderen Fällen aber kann heutzutage nur der operative Eingriff in Betracht kommen.

Die einfache **Punction** ist nutzlos. Die Punction mit nachfolgender Injection reizender Substanzen, wie Jodtinctur, Lugol'sche Lösung, Alcohol, Carbolsäurelösung etc. ist, im Falle, dass die Hydrocele mit der Bauchhöhle communiciren würde, ein gefährliches Verfahren.

Nach den Krankengeschichten erfahren wir, dass die einfache Punction nur einmal mit Erfolg gemacht wurde (Fall 45); bei den anderen so behandelten Fällen kam es stets zu Recidiven (Fall 32, 41). Im Fall 55 wurde selbst die Punction 7 Mal umsonst vorgenommen und es folgte Vereiterung der Hydrocele.

Die **Punction mit nachfolgender Jodtinctur- oder Carbolinjection** wurde 7 Mal mit Erfolg gemacht; dagegen war die Heilung bei 2 anderen Fällen (52 und 17) unvollständig und es trat Vereiterung bei 3 auf die gleiche Weise behandelten Fällen ein (41, 49, 50) und zwar nicht mehr in der vorantiseptischen Zeit.

Diese Methode wäre höchstens zu gebrauchen, nachdem die Diagnose absolut sicher gestellt worden wäre und wenn eine Communication der Hydrocele mit dem Abdomen gar nicht bestehen würde.

Was die **blutige Methode** anbetrifft, so wissen wir, dass sie ein sehr altes Verfahren ist, denn schon **Aetius** beschreibt dieselbe und zwar die **Incision des Sackes und Excision eines Stückes desselben.** Wir lesen nämlich in den „Tetrabiblos" (siehe oben): „ . . . . muliere rite locata, sectionem rectam congruam faciemus. Dissecta autem cute, subjectas tunicas paulatim excoriato, et volsella arreptas distendito et membranam humorem continentem dissecato. Extracto humore sectionem membranæ ad myrtei folii figuram facito, et labiis sectionis duabus aut tribus sutturis adductis suppurantia medicamenta adhibito."

Die moderne Chirurgie kennt nur ein einziges, ebenso sicheres wie gefahrloses Verfahren, und das ist die **Exstirpation des Hydrocelensackes.**

Die Bedeckungen der Geschwulst werden in der Längsrichtung derselben eingeschnitten, die darunter liegenden Schichten sorgfältig successive lospræparirt, der Sack blosgelegt und der Länge nach geöffnet. Er wird dann von seiner Umgebung ausgeschält und nach zwei Seiten hin mit Catgut abgebunden und am Stiele abgetragen. Der Leistenring wird durch eine Catgutnaht verschlossen, ein Drain eingelegt und die Haut darüber vernäht.

Meistens erfolgt auf diesem Wege eine Heilung per primam in kurzer Zeit.

Wenn die Hydrocele bereits vereitert ist, so handelt es sich zunächst um die Eröffnung des Abscesses; doch wird, auch in diesem Falle, wo immer möglich, der vereiterte Sack exstirpirt, um bessere Wundverhältnisse zu schaffen.

Nach unserer Statistik wurde vom Jahre 1881 an unter 27 Fällen von Hydrocele muliebris 18 Mal die Exstirpation des Sackes vorgenommen. (Bei den anderen Fällen wurde 4 Mal die Punction mit Jodtinctur- oder Carbolinjection, 1 Mal blosse Incision des Sackes ausgeführt. Bei den anderen 4 Fällen ist betreffend die Operation nichts angegeben.)

Die Heilung erfolgte 14 Mal per primam und nur 4 Mal per secundam intent. Im Falle 67 kam es zum Exitus let., der aber nicht durch die Operation bedingt war. Die Hydrocele hatte sich im Anschluss an einen Pyosalpinx entzündet, welcher

selbst wieder die Folge eines Carcinoma cervicis war. Die Frau starb zwei Tage nach der Operation. Bei der Section war eine eiterige Peritonitis zu constatiren, welche sich auf den Hydrocelensack fortgepflanzt hatte.

Aus der **vorantiseptischen Zeit**, wo die Exstirpation des Hydrocelensackes fast nie vorgenommen wurde, haben wir 2 tödtliche Ausgänge notirt: Im Fall 23 starb die Patientin am 5. Tage nach der Operation in Folge eines Erysipels der Wunde und im Fall 29 entwickelte sich eine acute Peritonitis. (Es handelte sich in beiden Fällen um eine Hydrocele communicans).

Wir wiederholen somit, was wir oben schon hervorgehoben haben, dass die Exstirpation der Hydrocele muliebris selbst in den Fällen, wo dieselbe entzündet oder vereitert ist, wenn mit Vorsicht und unter streng antiseptischen Cautelen operirt wird, kein gefährlicher Eingriff mehr ist. Es ist dies die beste und sicherste Behandlungsmethode dieser Erkrankung.